

THESIS

MUNICH

1966

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

PSYCHISCHE FAKTOREN BEI ASTHMA BRONCHIALE
IM LICHT EINE TRIEBEXPERIMENTELLEN
REIHENUNTERSUCHUNG MIT DEM
SZONDI-TEST

Ulrich / Rüger

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. W. Seitz

PSYCHISCHE FAKTOREN BEI ASTHMA BRONCHIALE
IM LICHT EINEr TRIEBEXPERIMENTELLEN
REIHENUNTERSUCHUNG MIT DEM
SZONDI-TEST

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ulrich Rüger
aus Dortmund

München 1966

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. W. SEITZ
Dekan: Prof. Dr. R. ZENKER

Tag der mündlichen Prüfung: 19.7.1966

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG

- | | |
|---|----|
| 1. Die psychosomatische Problematik des Asthma bronchiale | 5 |
| 2. Theoretische Einführung in den Szondi-Test und Kritik
des Tests | 14 |

B. HAUPTTEIL

- | | |
|---|----|
| 1. Versuchsanordnung und tabellarische Übersicht der Ergebnisse | 21 |
| 2. Erläuterung und Deutung der Testergebnisse | 38 |

C. ZUSAMMENFASSUNG

	44
--	----

D. ANHANG

- | | |
|------------------------|----|
| Kasuistische Beispiele | 45 |
| Literaturverzeichnis | 47 |



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DIE PSYCHOSOMATISCHE PROBLEMATIK DES ASTHMA BRONCHIALE

Schon lange Zeit waren psychische Veränderungen der Asthmatiker und die psychische Auslösbarkeit des Asthma-Anfalles bekannt. VAN HELMONT (1577-1644 Opera Omnia) berichtet: "Civis quidam, a Magnatate opptrobrio et publica injuria affectus, cui ne verbum respondere poterat, absque timore ultimae ruinae, subticens dissimulat, atque tolerat contumeliam; De mox abinde Asthma aboritur..." TROUSSEAU (34) (1801-1867), der selbst an häufigen AsthmaAnfällen litt, beschreibt uns einen seiner Anfälle:

"Der furchtbarste asthmatische Anfall, den ich je erlebte, entwickelte sich unter folgenden Umständen: Ich hatte meinen Kutscher im Verdacht der Untreue. Um mich selbst von der Sache zu überzeugen, stieg ich auf den Speicher, um in meiner Gegenwart den Hafer abmessen zu lassen. Während dies geschah, überraschte mich plötzlich eine so furchtbare Beklemmung, daß ich kaum imstande war, in mein Zimmer zurückzukehren. Meine Augen traten aus ihren Höhlen hervor und in meinem blassen, aufgedunsenen Gesicht lag der Ausdruck unsäglichlicher Angst. Ich gewann kaum die Zeit, meine Halsbinde abzulegen, zum Fenster zu rennen und es aufzureißen, um etwas frische Luft zu schöpfen. Ich habe nicht die Gewohnheit zu rauchen. Bei dieser Gelegenheit aber ließ ich mir eine Zigarre geben und tat damit einige hastige Züge. Da war nach Ablauf von 8-10 Minuten der Anfall verschwunden.

Was hatte nun denselben veranlaßt? Offenbar der aufgerüttelte Haferstaub, der bis zu meinen Bronchien gedrungen war. Sicherlich aber hätte dieser Staub allein nicht ausgereicht, um einen so merkwürdigen Anfall herbeizuführen, oder vielmehr es bestand ein wahres Mißverständnis zwischen der Ursache und der erfolgten Wirkung. Hundertmal hatte ich mich auf den Straßen von Paris oder auf den Boulevards oder auch auf den Landstraßen in einer viel dichteren Staubatmosphäre befunden als die, welche ich dazumal für eine nur ganz kurze Zeit eingeatmet hatte, und doch war mir niemals etwas Ähnliches begegnet. Somit mußte also diese Ursache etwas Eigentümliches an sich haben, sie hatte mich überdies unter ganz besonderen Bedingungen überrascht. Unter dem Einfluß der psychischen Aufregung, welche die Idee eines häuslichen Diebstahls in mir bewirkte, so gering dieser Diebstahl auch sein mochte, war mein Nervensystem erschüttert und eine an und für sich höchst geringfügige Ursache mußte es in höchsten Maße erregen". TROUSSEAU erkennt, daß hier die naturwissenschaftliche Erklärung des Anfalles nicht ausreicht; seine Frage nach der "zusätzlichen Ursache" führt zur psychosomatischen Fragestellung.

Die naturwissenschaftliche Medizin des 19. Jahrhunderts, dann die um 1900 entwickelte Allergielehre PIRQUETS ließen die Bedeutung der psychischen Komponente des Asthma bronchiale in den Hintergrund treten. Mit den Fortschritten in der Ursachen-Forschung der Krankheit treten aber folgende Schwierigkeiten auf: Es werden die verschiedensten Allergene für den Asthma-Anfall und für die Asthmatisierung der Patienten verantwortlich gemacht; dazu kommen als weitere auslösende Faktoren Wetter- und Klimaeinflüsse, Einflüsse der Umwelt, schließlich spielen nach neueren Auffassungen (HANSEN (10), SCHMENGLER (26)) infektionstoxische Faktoren eine Rolle; außerdem werden schon lange Zeit von vielen Klinikern seelische Traumen recht unterschiedlicher Art (Provokation von Ärger, emotionale Erregungen, Ehekonflikte, Schwangerschaft, Menstruation) als Anfall auslösend angesehen. Diese sehr unspezifischen und unterschiedlichen "Ursachen" auf der einen Seite sollen auf der anderen Seite eine sehr gleichartige, fast eintönige Reaktion zur Folge haben, die pathophysiologisch gekennzeichnet ist durch die bekannte Trias Bronchiolospasmus, Schwellung der Bronchialschleimhaut, pathologische Sekretion der Schleimhautdrüsen.

SCHWIDDER (28) weist darauf hin, daß es falsch sei, hier einen einfachen, "direkten" Ursache-Wirkung-Mechanismus anzunehmen. Da der Mensch ein erlebendes Wesen sei, werde jeder dieser äußeren Einflüsse erlebnismäßig verarbeitet und umgekehrt würden seelische Erlebnisse projektiv mit bestimmten äußeren Situationen wie Klima, Wetter, bestimmten Gerüchen verbunden. Erst diese erlebnismäßige Verbindung bestimmter äußerer körperlicher Reize mit bestimmten psychischen Situationen lasse diese Reize zu den spezifischen Auslösern des Anfallgeschehens werden. Der Empfindlichkeit gegen bestimmte Allergene, Kälte, oder Nebel liege also die projektive Verarbeitung von bestimmten psychischen Affektzuständen zugrunde und damit der körperlichen Sensibilisierung eine psychische Sensibilisierung. Zu untersuchen, ob und wie weit im Einzelfall der unspezifischen körperlichen Sensibilisierung eine spezifische seelische zugrunde liege, sei Aufgabe der psychosomatischen Medizin.

Während viele Kliniker die Asthmakranken recht unkritisch als "vegetativ-stigmatisiert" und "neuropathisch" zu charakterisieren suchen, werden manche psychischen Teilphänomene der Krankheit, sehr gut beobachtet. So fällt zum Beispiel dem Allergologen HANSEN (10) das stark ausgeprägte Pflichtgefühl der Asthmakranken auf; er findet es erstaunlich, in wie kurzer Zeit nach dem Anfall die Kranken wieder Pflichten in Beruf und Arbeit erfüllen wollen. Diese Feststellung zeugt von der guten Beobachtungsgabe des Klinikers, wird doch diese Eigenschaft auch von analytisch arbeitenden Autoren wie SCHWIDDER und DÜHRSEN (s. S. 11) stark hervorgehoben.

Nach VÖLKEL (35) wird nicht selten ein alternierendes Auftreten von Asthma und weiteren neurotischen Symptomen beobachtet. SCHWIDDER (27) fand bei 119 untersuchten Asthmakranken: Störungen des Magens- und Darmtraktes (31 %), Angstsymptome (25 %), funktionelle Herzstörungen (20 %), als weitere Begleitsymptome Ejaculatio praecox, Impotenz, Frigidität.

Eine Reihe Autoren wie SCHWÖBEL (29), KNICK (16), JORES (19), DROSTE (13), THIEMANN (33), beschreiben den Asthmakranken nach phänomenologischen Gesichtspunkten. Sie beobachten Angstzustände der Kranken, Unsicherheit, Unruhe, Überängstlichkeit; die Kranken haben Furcht vor der Dunkelheit, fürchten sich allein zu Hause, bekommen Angstzustände in Gegenwart fremder Menschen, um nur einige der berichteten Beispiele zu nennen. (Dabei ist anzumerken, daß mit Recht diese Angst zum Teil als Angst vor dem Anfall aufzufassen ist; im Sinne eines bedingten Reflexes verbinden sich Wahrnehmungen früherer Anfallssituationen mit der Angst vor dem Anfall).

KNICK (16) berichtet auf Grund der psychiatrischen Anamnesen der Kranken von "Angstreaktionen, triebhaften Primitivreaktionen, neurotischen Fluchtreaktionen". Diese Angst münde bei Lebensschwierigkeiten und Konfliktsituationen schließlich in eine "Lebensangst schlechthin". Sobald dieses Angstsymptom habituell werde, fände es einen Niederschlag im körperlichen Substrat, sofern eine äußere Disposition (allergische Diathese) der Manifestation entgegenkomme. SCHWÖBEL (29) sieht als hervorstechenden Charakterzug der Kranken eine tiefe "Existenzangst" und versucht, von daher einen einheitlichen charakterologischen Typ des Asthmikers aufzustellen. Wieweit sich diese Angstgefühle steigern können, berichten JORES und DROSTE (19). In den beschriebenen drei Fällen trat der Tod im Status Asthmaticus ohne körperliche Ursache ein; in allen Fällen sollen -der Anamnese zur Folge- aussichtslose Lebenssituationen und unlösbare Konflikte in Verbindung mit "schweren Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen" bestanden haben. JORES sieht in den beschriebenen Fällen den Tod als "psychogen determiniert" an.

THIEMANN (33) beobachtet an den Kranken ein Gefühl der Enge oder des Beengtseins, dazu eine starke Angst, die durch Schuldgefühle noch gesteigert werde. Die Unsicherheit und das mangelnde Selbstvertrauen sollen dann die Sehnsucht nach Geborgenheit, ein starkes Anlehnungsbedürfnis und die Suche nach Anerkennung hervorrufen. Charakterlich seien die Patienten zum Teil bescheiden, empfindsam, sehr feinfühlig, zum Teil aber auch egozentrisch und anspruchsvoll. Ihre "Ideale" seien unter anderem "Hilfsbereitschaft", "Anständigkeit", "Bescheidenheit"; bei allen finde sich aber als oberster Idealwert die "Pflichterfüllung". THIEMANN versucht über eine rein phänomenologische Betrachtung hinauszugehen und gleichzeitig "losgelöst von psychotherapeutischen Schulmeinungen, auf der Grundlage der Wertlehre von Margarete Eber-

hard" (auf die hier nicht näher eingegangen werden kann) "das psychologische Material zu sichten"; so untersucht er die Patienten auf bestimmte Werthaltungen, Ideale, Pseudoideale hin. Die Entstehung der spezifischen Werthaltung des Asthmikers hänge mit der Entwicklung in der frühen Kindheit zusammen. Bei keinem seiner Patienten habe eine ausreichende Entwicklung und Entfaltung eigenständiger Regungen stattgefunden. Die eigene Entfaltung werde verhindert durch die hohen Anforderungen der Umwelt. Als Folge dieser Hemmung komme es zur Ausbildung bestimmter Werthaltungen, den oben genannten Idealen und Pseudoidealen, besonders dem stark ausgeprägtem Pflichtgefühl.

Im Ansatz findet man bei THIEMANN eine Übereinstimmung mit DÜHRSEN und SCHWIDDER (s. S. 11). Doch fehlt hier auf Grund des nicht-analytischen Vorgehens die Frage nach spezifischen Verdrängungsmechanismen und spezifischen Anfall auslösenden Versagensreaktionen, sodaß bei aller Qualität der phänomenologischen Beschreibung der Kranken die Erklärung der kausalen Genese der psychischen Struktur der Asthmakranken nicht befriedigen kann.

Ausgehend von der Betrachtung des Asthma-Anfalles als "Funktionsganzem" (Bronchiolarspasmus, Schleimhautschwellung, veränderte Drüsensekretion) und von der Analyse der "Erlebniswelt" der Kranken kommt BRÄUTIGAM (4) zu einer Symboldeutung des Asthmageschehens: Der Verschluß des Respirationstraktes wird als Ausdruck eines allgemeinen Sich-Abschließens von der Umwelt angesehen. Die freie Atmung des Gesunden, "das Erlebnis von Teilhabe und Austausch, der fugenlose Bezug von Innen und Außen", werde im Asthma-Anfall entzweit in "einer zwanghaften Beschränkung auf das eigene Selbst". Der Organismus bediene sich dabei "eines präformierten Reaktionstypus aus der Gruppe der biologischen Schutz- und Abwehrreaktionen" auf das Herannahen oder die Möglichkeit eines Konfliktes hin. (Es läge also hier ein biologisch vorgebildeter archaischer Abwehrmechanismus im Sinne KRETSCHMERS (17) vor zur instinktiven oder reflexmäßigen Abwehr störender Außenreize). BRÄUTIGAM sieht im Anfall ein In-Erscheinung-Treten der inneren Situation der Kranken; ein innerer Zustand erfahre seinen Austrag durch den Leib.

Diese Auffassung ähnelt sehr älteren tiefenpsychologischen Theorien, in denen der Asthma-Anfall als Konversion aufgefaßt wird. So zählt FENICHEL (8) das Asthma neben dem Stottern und dem psychogenen Tic zu den prägenitalen Konversionen (Pregenital Conversions); ohne Zweifel zeigten sich beim Asthma Symptome der Konversion. Die durch diese Konversionssymptomatik ausgedrückten unbewußten Impulse seien dabei frühkindlicher Natur. Bei den Kranken zeige sich dabei ein Zwangs-Charakter mit allen Zeichen einer vermehrten anal-sadistischen Orientierung.

DUNBAR (6) untersuchte als erste an einem großen Krankenmaterial die

Disposition zu bestimmten körperlichen Krankheiten und ihren Zusammenhang mit psychischen Veränderungen. Sie untersuchte dabei große Reihen von Patienten, die an Krankheiten litten, für deren Entstehen die medizinische Forschung noch keine körperlichen Faktoren als Ursache gefunden hatte. Aus diesen Ergebnissen suchte die Ärztin jeweils repräsentative Durchschnitte zu gewinnen (wobei DUNBAR selbst vor jeder allzu raschen Verallgemeinerung warnt). Bei ihren Untersuchungen legt DUNBAR besonders Wert auf die Lebensgeschichte der Patienten, besonders Ereignisse der frühen Kindheit, die nicht nur als entscheidend angesehen werden für die Charakterbildung, sondern auch als entscheidend dafür, mit welchen affektiven und emotionalen Reaktionen auf Ereignisse der Umwelt geantwortet wird. Bestimmte Kindheitserinnerungen kehren -lange Zeit als sogenannte "Zeitminen" ("Delayed-Actions Mines of Childhood") unter der Oberfläche liegend- in bestimmten Situationen wieder und mit ihnen auch die Art der Reaktionsweise.

Auffallendstes Merkmal der Asthmakranken ist nach DUNBAR die überdurchschnittliche Abhängigkeit von der Mutter. Die Ärztin vergleicht den Zustand des Kranken mit dem des Neugeborenen vor dem ersten Atemzug: das Kleinkind steht vor dem ersten Schritt in die Selbständigkeit, dem ersten eigenen Erleben aus der totalen Abhängigkeit von der Mutter heraus. In seiner Not nicht ausatmen zu können, stehe der Kranke vor diesem ersten Schrei, vor der aktiven Kommunikation mit der Umwelt. Die Kranken würden beherrscht von dem Zwiespalt zwischen Verlangen nach mütterlicher Liebe und Abneigung gegen allzu starke mütterliche Bevormundung. Bald trete zu diesem Verlangen nach mütterlicher Liebe die Furcht vor dem Verlust der Mutter; die Krankengeschichten der Patienten zeigten immer wieder, daß ein konkurrierender Vater, ein Geschwister oder das Auftreten eines Liebhabers der Mutter Anfall auslösend wirken könnten. Im späteren Leben träten oft andere Personen an die Stelle der Mutter, die starke Abhängigkeit von der "Mutter" bliebe aber bestehen.

"Mr. A hatte mit seiner Mutter im selben Bett geschlafen bis zu seinem elften Lebensjahr, und er war sein ganzes Leben lang innerlich abhängig von ihr geblieben. Als er dann heiratete, nahm er seiner Frau gegenüber die gleiche Haltung wie vorher seiner Mutter gegenüber ein; ja er schlief sogar in derselben Stellung, wie er es als Kind getan hatte, und was er bei seiner Frau suchte, war eher mütterliche als eheliche Liebe... mit sechsundzwanzig Jahren heiratete er gegen ihren (der Mutter) Willen und hatte den ersten Asthmaanfall."

Ein weiterer Faktor in der Lebensgeschichte vieler Asthmatiker sei auf sexuellem Gebiet zu suchen. Viele der Kranken hätten eine starke sexuelle Neugier und Versuchung, gleichzeitig aber Furcht vor der Befriedigung des

Sexualreizes. In den Lebensgeschichten fänden sich immer wieder Verbote, Tabuierungen von Seiten der Mutter, wodurch unbewußt mit sexueller Betätigung der Verlust der Mutter gleichgesetzt werde.

Während DUNBAR in einer deskriptiven Betrachtung den Persönlichkeitstyp beschreibt, ohne dabei analytisch vorzugehen, haben die folgenden Autoren ihre Ergebnisse auf analytischem Wege gewonnen. Dabei finden sich unterschiedliche Ergebnisse bei ALEXANDER auf der einen Seite und SCHWIDDER und DÜHRSEN auf der anderen Seite.

Für ALEXANDER (1) ist weniger ein Persönlichkeitstyp als vielmehr eine spezifische Konfliktsituation für eine Krankheitsgruppe charakteristisch. Nach seiner Ansicht liegen den verschiedenen somatischen Störungen keine spezifischen emotionalen Faktoren, keine spezifischen Persönlichkeitsstrukturen zugrunde, sondern "die Spezifität muß in der Konfliktsituation gesucht werden, in der die verschiedenen Faktoren in Erscheinung treten". Ein gemeinsamer Wesenszug könne bei sonst ganz verschiedenen Persönlichkeiten zum gleichen spezifischen Konflikt führen. Das Oberflächenbild der Persönlichkeit entspreche dabei meist nur einer Abwehrposition gegen tiefer liegende Konflikte - sei also durchaus unspezifisch, wobei unter gleichen gesellschaftlichen Verhältnissen oft gleichartige Abwehrpositionen eingenommen würden. (Berücksichtigt man, daß ALEXANDER analytisch vorgeht, DUNBAR aber deskriptiv-beschreibend, so erklären sich leicht die "unterschiedlichen" Ergebnisse beider Autoren).

Der psychodynamische Kernfaktor, der zum Asthma bronchiale führt, besteht nach ALEXANDER in einer "exzessiven, nicht gelösten Mutterbindung". Als Abwehr gegen diese Fixierung sollen sich aber alle Arten von Persönlichkeitsstrukturen entwickeln können. (Von daher sind die recht unterschiedlichen Berichte nicht analytisch vorgehender Autoren zu verstehen.) ALEXANDER findet: aggressive, ehrgeizige, streitsüchtige, waghalsige und auch überempfindsame, ästhetische Typen. Der konstante Wesenszug sei aber die verdrängte, abhängige Mutterbindung; Inhalt dieser Abhängigkeit sei nicht so sehr der Wunsch, gefüttert zu werden, als vielmehr der, behütet und beschützt zu werden. Anfall auslösend wirke alles, was den Kranken von der Mutter oder deren Ersatzbildern zutrennen drohe (Geburt eines Geschwisters, Wiederheirat der Mutter...). In den Lebensläufen der Patienten fänden sich gehäuft Ablehnung von Seiten der Mutter. Vielfach soll das Kind möglichst früh selbständig werden, wobei meist das Gegenteil, eine erhöhte Abhängigkeit erreicht werde. Überhaupt verstärke jede Situation, die selbständiges Handeln und Entscheiden verlange, den Konflikt zwischen den Abhängigkeitswünschen der Tiefenperson und den Unabhängigkeitsstrebungen der Oberflächen-Person und könne so Anfall auslösend wirken.

In dem stark autobiographisch gefärbten Romanwerk "A la recherche du

temps perdu" Marcel Prousts, der an schwerem Asthma litt, finden wir eine Stelle, in der das Verhältnis des Kranken zu seiner Mutter geschildert wird: "Ich überließ mich ganz der Süße dieser Nacht, in der ich meine Mutter bei mir hatte. Ich wußte, daß eine solche Nacht nicht wiederkommen konnte daß mein größter Wunsch auf der Welt, nämlich meine Mutter während der traurigen Stunden der Dunkelheit bei mir in meinem Zimmer zu haben allzu sehr den Notwendigkeiten des Lebens und den Wünschen der anderen widersprach, als daß die ihm heute abend gewährte Erfüllung etwas anderes hätte sein können als etwas gegen die Regel und sogar gegen die Natur Verstoßendes. Morgen würde ich mich wieder genauso ängstigen, und Mama würde nicht da sein". Die Mutter wird herbeigesehnt und doch gleichzeitig ihr Verlust befürchtet; auf der einen Seite steht der Wunsch nach der Mutter, auf der anderen Seite wird dieser Wunsch als gegen die Natur verstoßend empfunden - ein Beispiel für die häufig beobachtete "Ambivalenz" der Kranken, die sie nie zu einer wirklichen Befriedigung ihrer Wünsche kommen läßt.

MITSCHERLICH (22) ist der Ansicht, daß die Zunahme der allergischen Erkrankungen -damit auch des Asthma bronchiale- mit der Auflösung jahrhundertelanger Lebensformen zusammenhängt: Die fundamentalen Umwälzungen sozialer Art, die gerade die Sicherheit in der Familie ergriffen haben, gefährdeten weitgehend die mütterliche Protektion des Kindes. Beruf und Lebensumstände der Mutter verhinderten die Lebenseinheit zwischen Mutter und Kind. So komme das Kind zu früh mit den Belastungen der "Fremdwelt" in Berührung; von Seiten des Kindes entstünden dagegen primitive Abwehrreaktionen (unter anderem Überempfindlichkeit), die auch im späterem Leben beibehalten würden. In der Zunahme der allergischen Erkrankungen sei über die individuelle Bedeutung hinaus noch ein "epidemisches zeitcharakteristisches Geschehen" erkennbar.

SCHWIDDER (27) sieht die spezifischen Ansatzpunkte zu den verschiedenen psychischen Fehlentwicklungen in den einzelnen Phasen der Kindheitsentwicklung. Die analytische Untersuchung asthmatischer Kinder zeige immer wieder, daß der erste Ansatzpunkt dieser Fehlentwicklung in der Zeit der Sauberkeitsentwicklung liege. In dieser Zeit, in der die ersten Gefühle für Besitz und Eigenständigkeit entstanden, würden die Kinder brav und gefügig gemacht; sie gäben sehr bereitwillig und übermäßig leicht ab; dadurch würden sie dauernd durch entgegengesetzte Impulse aus dem Unterbewußtsein beunruhigt. Auf diese Weise bilde sich eine innere Gegenhaltung aus, mit dem Hang, nichts herzugeben, eine sogenannte "retentive Haltung", aus der entsprechende Konfliktsituationen entstünden. Die Kranken gingen nur schwer aus sich heraus, schlossen sich schwer an, oft zeige sich ein Unvermögen, Bedürfnisse nach Zärtlich-

keit und Hingabe frei zu äußern; in gleicher Weise würden auch motorisch-aggressive Impulse weitgehend verdrängt, wobei vereinzelte Wutreaktionen gerade Ausdruck dieser retentiven Haltung sind. (Diese Auffassung wird bestätigt durch GUNNARSSON, der in 50 % der Fälle eine Manifestation der Krankheit durch Verhalten von Gemütsäußerungen fand.)

Die besondere Art der Mutterbindung des Asthmikers entstehe "aus der frühen Hemmung der Zärtlichkeits- und Hingabewünsche in Verbindung mit einer retentiven Haltung". Nachdem sie den Anforderungen der Phase der "Saubkeitserziehung" nicht gewachsen seien, wünschten sich die Kranken die liebevolle Zuwendung der Kleinkinderzeit von Seiten der Mutter. Die unbewußte Ablehnung der Anforderungen der Umwelt würden unterdrückt und verborgen und in einer übergehorsamen Haltung werden alle Pflichten brav erfüllt. So wurden die Anfälle meist ausgelöst durch psychische Konfliktsituationen, die sich überwiegend auf retentive Probleme beziehen. In diesem Sinne ist wohl auch der von TROUSSEAU erlebte Anfall (s. S. 5) zu erklären.

Die analytischen Ergebnisse DÜHRSSENS (7) stimmen weitgehend mit denen von SCHWIDDER überein. Äußerlich fällt der Psychotherapeutin die brave, wunschlose Haltung der Kinder auf, hinter der sich aber eine Aggressionshemmtheit, eine starke Retentivität und anale Verdrängungen verstecken. Meist liege die Ursache dieser Fehlhaltung bei den Eltern; diese trügen in der überwiegenden Zahl zwangsneurotische Züge, ihre Hauptprobleme gingen um Geld und Besitz, sie hielten in ganz übertriebener Weise auf Ordnung und Sauberkeit und erzögen ihre Kinder zu ausgeprägt dienendem Gehorsam nach dem "Erziehungsideal"; Das Kind soll leisten und Pflichten erfüllen. Die Entwicklung der Motorik und die positive Haltung zu eigenen Impulsen erhalte so schon zu Beginn des Entstehens eine nachhaltige Hemmung. Hieraus entstünden bleibende Veränderungen im Sinne der genannten verdrängten Aggression und einer starken retentiven Haltung.

Nach DÜHRSEN besteht eine "biologisch gegebene Funktionskonstante" zwischen retentiven Impulsen und dem erhöhten Tonus der Bronchialmuskulatur. Hiernit ergibt sich die Möglichkeit einer spezifischen Verbindung zwischen bestimmten psychischen Zuständen und der körperlichen Symptomatik.

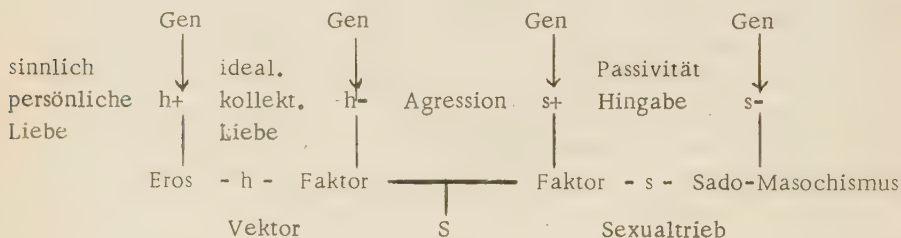
Die Ansichten von ALEXANDER auf der einen Seite und SCHWIDDER und DUNBAR auf der anderen Seite unterscheiden sich mindestens im Hinblick auf die angegebene spezifische psychogene Ätiologie, wenn sich auch eine Reihe gemeinsamer Teilergebnisse hinsichtlich der Anfall auslösenden Situationen und bestimmten "sekundären" Eigenschaften der Kranken ergeben. Zu diskutieren bliebe aber, ob die starke Mutterbindung der Kranken nicht Folge der

retentiven Haltung ist; denn diese Haltung entsteht in einem Alter, in dem die Mutter das Hauptobjekt allen Anklammerns und Festhaltens ist. Dafür spräche auch, daß später die verschiedenartigsten Ersatzbilder für die Mutter deren Funktion einnehmen können, im Hintergrund also immer nur das Festhalten irgend eines geeigneten Objektes stände. Andererseits ist es aber sehr wahrscheinlich, daß erst durch ein falsches Verhältnis zwischen Mutter und Kind in der frühen Kindheit diese retentive Haltung zustande kommt. Wir dürfen beide Ansichten zunächst nebeneinander stehen lassen. Jedenfalls stimmen die referierten psychosomatischen Forschungsergebnisse darin überein, daß dem Asthma bronchiale eine spezifisch psychogene Ätiologie zugrunde liegt. Dabei umfaßt diese Spezifität sowohl die Prägung in der frühen Kindheit als auch Krankheits- oder Anfall auslösende Situationen. Aufgabe dieser Arbeit ist es, diese Ergebnisse mit Hilfe einer Testuntersuchung, der von SZONDI sogenannten "experimentellen Triebdiagnostik" zu verifizieren.

THEORETISCHE EINFÜHRUNG IN DEN SZONDI-TEST

Der Szondi-Test ist ein Projektionstest. Bei einem Projektionstest projiziert die Versuchsperson ihre Strebungen, Emotionen, Gefühle und Phantasien in ein gegebenes Testmaterial hinein. Es wird dabei der "Aufforderungscharakter" von Bildern, Farben, Figuren ausgenutzt; der Proband entfaltet seine Person gewissermaßen unter der Reizsituation des bestimmten Testmaterials. Gegenüber anderen Persönlichkeitstests (Rorschach-Test, T.A.T., Wartegg-Test) hat der Szondi-Test den Vorteil, daß nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Aussagen ermöglicht werden. Darum eignet sich dieser Test unter anderem besonders auch für eine statistische Auswertung größerer Versuchsreihen.

Grundlage des Tests ist die Trieblehre Szondis, in die hier besonders der speziellen Nomenklatur wegen kurz eingeführt werden muß. Ausgangspunkt dieser Lehre ist die Gentheorie der Triebe: "Die Quelle der Triebe sind: die Triebgene". Jedes einzelne Gen (ein väterliches oder ein mütterliches) ruft eine Triebtendenz hervor; zwei homologe Gene (jeweils ein väterliches und ein mütterliches) also zwei Triebtendenzen, rufen ein Triebbedürfnis oder Triebfaktor hervor. Durch Vermischung zweier Triebfaktoren, die dieselbe Triebrichtung verfolgen, kommt der Triebvektor, der (Gesamt-) Trieb zustande. (Beispiel Sexualtrieb).



Jeder Triebfaktor setzt sich also aus zwei Faktoren und vier Tendenzen zusammen.

Bei der Ermittlung und Einteilung der einzelnen menschlichen Triebe geht Szondi von den -bei ihm vier- psychiatrischen Erbkreisen aus, wobei er die psychiatrischen Erkrankungen als "Überdosierung" einzelner Triebgene auffaßt. Die vier Erbkreise werden in zwei Krankheitsformen unterteilt:

I. Die sexuellen Erkrankungen

- 1) Homosexualität (h)
- 2) Sadismus (s)

II. Paroxysmale Erkrankungen

- 1) Epilepsie (e)
- 2) Hysterie (hy)

III. Schizoforme Erkrankungen

- 1) Katatonie (k)
- 2) Paranoid (p)

IV. Zirkuläre Erkrankungen

- 1) Depression (d)
- 2) Manie (m)

Hieraus werden vier Triebvektoren mit acht Triebfaktoren und sechzehn Triebtendenzen abgeleitet:

Der Geschlechtstrieb S mit seinen Auseinandersetzungen zwischen den Tendenzen der Personen (h+) - Menschheitsliebe (h-), zwischen männlich-aktiven Bestrebungen (s+) und weiblicher Hingabe, Aufopferung, Ritterlichkeit (s-). Der Kontakttrieb C, in dem sich die Tendenzen bekämpfen, neue Umweltobjekte zu suchen (d+) oder die, die alten treu festzuhalten (d-), sich von der Umwelt annehmen oder bestätigen zu lassen (m+) oder nach Freiheit und Ungebundenheit zu drängen (m-).

Der Trieb des ethisch (e) -moralischen (hy) Verhaltens (P) - das äußere (hy) und innere (e) Gewissen -, das sich äußert in der Neigung zum Bösen, zum Vernichten und Zerstören (e-) und in der Haltung zum Guten, zu Gerechtigkeit und Wahrheit (e+), in dem sich die Tendenz äußert, sich zu zeigen und zur Geltung zu bringen (hy+) oder eine ängstliche Zurückhaltung und Scham (hy-).

Der Ich-Trieb Sch; hier steht ein Stellung nehmendes, überwachendes Ich (k) mit der Tendenz zu Verzicht und Negation (k-) oder mit dem Willen zu Macht und Besitz, aber gleichzeitiger Gefahr zu Egoismus, Narzismus, Autismus (k+) dem Seins-Ich (p) gegenüber; dieses Seins-Ich strebt nach Vollendung und Endgültigerm; es zeigt die Tendenz zum Ideal-Ich (p+); aber es kann sich auch in krankhafter Übersteigerung zu Größenwahn, Selbstüberschätzung (p+) oder Verfolgungswahn und Beschuldigungswahn (p-) entwickeln. Sexualtrieb und Kontakttrieb stehen mit ihren Bedürfnissen am Rande der Person; sie stellen die Art- und selbsterhalten Triebe dar, sowohl in ihren animalischen (h+, s+, d+, m+), wie auch in ihren humanen Strebungen (h-, s-, d-, m-). Der Mitte P, Sch, kommt die Rolle der überwachenden Zensur zu; sie stellt den Personenkern dar. Dabei unterscheidet Szondi sozialpositive (e+, hy-, k-, p+) und sozialnegative Strebungen der Mitte (e-, hy+, k+, p-).

Der Szondi-Test ist ein Wahltest. Es werden dem Probanden sechsmal eine Serie von 8 Bildern vorgelegt, aus denen er jeweils die zwei sympathischsten und die zwei unsympathischsten auswählen soll. Jede dieser Serien zeigt

auf 8 Bildern manifest triebkranke Menschen, bei denen einer der acht Szondi's Triebfaktoren extrem stark ausgebildet ist, also:

- ein h-Bild (Abbildung eines Homosexuellen)
- ein s-Bild (Abbildung eines Sadisten)
- ein e-Bild (Abbildung eines Epileptikers)
- ein hy-Bild (Abbildung eines Hysterikers)
- ein k-Bild (Abbildung eines Katatonen)
- ein p-Bild (Abbildung eines Paranoikers)
- ein d-Bild (Abbildung eines Depressiven)
- ein m-Bild (Abbildung eines Manischen).

Die auf den Bildern dargestellten Personen besitzen für die Versuchsperson einen verschiedenen "Aufforderungscharakter". Die Wahl findet auf Grund der Genverwandschaft zwischen Versuchsperson und abgebildeter Person statt, auf Grund einer Genverwandschaft, die auch die Freundes-, Gatten-, Berufswahl bestimmt. Dabei bewirkt die zum Zeitpunkt der Wahl in einem bestimmten Trieb vorhandene Energie die Art der Wahl. So wählt die Versuchsperson, die zum Beispiel ein besonderes Bedürfnis nach Liebe und Zärtlichkeit besitzt, das Bild dessen, der diesen Faktor extrem stark ausgebildet hat. Nachdem die Versuchsperson alle sechs Serien durchgewählt hat, wird die Anzahl der in einem jeden Faktor gewählten sympathischen (+) oder unsympathischen (-) Bilder in eine Tabelle eingetragen. Hiermit liegt ein quantitatives Ergebnis für die aktuell vorhandene Triebenergie eines jeden Faktors vor. (Vereinfacht dargestellt durch + = sympathisch, - = unsympathisch, o = Triebentladung oder fehlende Triebenergie, kein Bild gewählt. $\pm$ = Ambitendenz = es werden sowohl sympathische als auch unsympathische Bilder gewählt). Außerdem ist wichtig, in welcher Art sich zwei Triebfaktoren zum Gesamttrieb zusammensetzen. Hierbei gibt es 16 Möglichkeiten: Herrscht eine meist günstige Gleichgerichtetheit der Triebfaktoren, die Trieblegierung vor (++) oder --)? Herrscht die Unitendenz, also relative Übermächtigkeit eines Einzelfaktors vor (o+, o-, +o, -o)? Besteht eine Triebbefriedigung oder anlagebedingte Schwäche (oo)? Ist es zur Ausbildung der seltenen Triebintegration (++) gekommen? Besteht eine schizoforme (++) oder homosexuelle (-+) Querteilung? Oder herrscht eine Tritendenz vor ($\pm\pm$, $\pm\pm$, $\pm\pm$, $\pm\pm$) mit verschiedenen Möglichkeiten der Auflösung?

Das Ergebnis eines Einzeltests ergibt aber nur ein Bild von der im Augenblick des Tests vorhandenen Triebenergie der einzelnen Faktoren. Darum wird der Test etwa zehnmal an verschiedenen Tagen wiederholt. Erst so läßt sich beurteilen welche Triebfaktoren ununterbrochen keine Entladung (o, $\pm$ - Reaktionen) zeigen, wo also die Triebgefahren der betreffenden Personen liegen; außerdem bietet dieses Vorgehen statistische Vorteile. Insgesamt ergeben sich folgende quantitative Deutungsmöglichkeiten:

Die Bestimmung der Triebformel (in der Kollektivauswertung größerer Gruppen die Bestimmung der Gruppentriebformel).

Zunächst wird zwischen Wurzel- oder Gefahrenfaktoren und Symptommfaktoren unterschieden. Gefahrenfaktoren sind solche, bei denen sich in den zehn Tests keine oder wenige Entladungsreaktionen zeigen. Symptommfaktoren sind solche, bei denen sich häufige Entladungsreaktionen zeigen. Bei der Triebformel erscheinen die symptomatischen Faktoren im Zähler (zum Beispiel e p k), die Gefahrenfaktoren (zum Beispiel m h h y) im Nenner. Als Formel ergibt sich so $\frac{e p k}{m h h y}$. Die Auswertung kann in dialektische Betrachtungsweise erfolgen und im Vergleich mit den von Szondi im Trieblinäusband angegebenen Formeln einer großen Zahl von getesteten Personen.

Die Triebklasse (Gruppentriebklasse): Stellt die Triebformel die einzelnen Triebfaktoren in Korrelation zueinander, so wird in der Triebklasse (und in der Latentproportion) eine Aussage über das Verhalten der einzelnen Triebvektoren gemacht. Dabei geht man jeweils aus von dem Verhältnis der beiden Triebfaktoren, die den Gesamttrieb ausmachen. Findet sich hier eine große Differenz in der Zahl der Entladungsreaktionen der beiden Faktoren (Tendenzspannungsdifferenz) oder nur eine geringe? Eine große Differenz würde zum Beispiel bedeuten, daß der eine Triebfaktor zur Befriedigung gelangt, während der andere ständig unbefriedigt ist. Es werden nun die einzelnen Vektoren in der Reihenfolge der Tendenzspannungsdifferenz notiert und jedem Vektor der Faktor (mit der Tendenzrichtung + oder -) zugefügt, der die geringere Zahl von symptomatischen Reaktionen aufweist. Diese Reihenfolge nennt man Latenzproportionen, zum Beispiel: $\frac{Phy-}{8}$; $\frac{Sh+}{3}$; $\frac{Cm+}{2}$; $\frac{Schk-}{0}$

Der Trieb mit der größten Spannungsdifferenz stellt nun die Triebklasse dar; im Beispiel Phy-. So wie sich bei der Triebformel in den Wurzelfaktoren die größten Gefahren, in den Symptommfaktoren die "Notausgänge" zeigen, findet man in der Triebklasse die Stelle der größten Triebgefahr (Gefahrenklasse) und in dem Trieb mit dem niedrigsten Latenzgrad den "Notausgang zu Verlegenheitslösungen".

Der Dur-Moll-Index zeigt das prozentuale Verhältnis der männlich harten Reaktionen zu den weiblichen weichen Reaktionen. (Normal ♂ 50-60 % Dur, ♀ 35-50 %).

Von besonderem Interesse für eine Kollektivauswertung größerer Gruppen ist der Vergleich der prozentualen Faktorreaktionen und der prozentualen Vektorreaktionen mit Normalwerten. Diese Normalwerte wurden von Szondi in großen Versuchsreihen an gesunden Ungarn und Spaniern gewonnen. Ergibt sich im Kollektivergebnis eines Tests in bestimmten Faktoren eine über der Fehlerbreite liegende Differenz zu den Normalwerten, darf das als charakteristisch für die betreffende Gruppe angesehen werden.

Die bis jetzt gezeigten kollektiven und quantitativen Deutungsmöglichkeiten können selbstverständlich nicht der ganzen Person des Probanden gerecht werden, werden hier doch immer nur Teilaspekte, Einzeltriebe, Einzelfaktoren der Person isoliert betrachtet gedeutet. Erst durch die qualitative und individuelle Betrachtungsweise kann man der Gesamtperson gerecht werden, wie es überhaupt im Rahmen eines Persönlichkeitstests möglich ist. Dies wird durch die syndromanalytische Betrachtungsweise erreicht, in der einzelne Testreaktionen quer durch die einzelnen Faktoren hindurch zu bestimmten Syndromen zusammengefaßt werden. Die vorliegende Arbeit hat aber nicht so sehr das Ziel, jede einzelne Person isoliert zu deuten, sondern allen Asthmatikern gemeinsame Veränderungen der Charakterstruktur zu beleuchten. Deshalb genügt in diesem Rahmen durchaus eine überwiegend quantitative Betrachtungsweise.

Kritik: Der theoretische Ausgangspunkt des Tests, Szondis Triebtheorie, die Verankerung der einzelnen Triebfaktoren auf einzelnen Genen wird für unbeweisbar (HELWIG (12)), für kaum erforscht oder unhaltbar (LASZLO (18)) gehalten. Neuere Forschungsergebnisse über die Vererbbarkeit der endogenen Psychosen (WYRSCH (37), BLEULER (3)) sprechen gegen eine Verankerung der einzelnen Triebfaktoren auf bestimmten Genen. Hier ist aber nicht der Ort, die Triebtheorie weiter zu untersuchen; wichtig ist die kritische Wertung des Tests und seiner diagnostischen Möglichkeiten.

Der Szondi-Test ist ein Wahltest. Bei der Beurteilung des Wahlvorganges (von Szondi nach einem Brief an Helwig mehr als "Schockierung" der Versuchspersonen erklärt, in der die unterschiedliche Reaktionsart auf die Bilder geprüft werden soll) ist zunächst zu sagen, daß die Wahlfähigkeit bei bestimmten Gruppen klinisch Kranker beschränkt ist, und daß Kinder bis etwa zum 7. Lebensjahr die Wahl nach rein äußeren Gesichtspunkten vornehmen (M. DENES (5)). Die Wahl der Bilder soll auf Grund von Bedürfnissen und Triebspannungen, also induziert vom Unbewußten vor sich gehen. HEINELT (11) ist dagegen der Ansicht, daß bei der Wahl nicht nur die von Szondi gemeinten Mechanismen des Unbewußten den Ausschlag geben, sondern daß auch das Ich und Über-Ich wie "persönliche, soziale, kulturelle und ästhetische Leitbilder" eine starke Rolle spielen. Auf den häufigen Vorwurf, die Bilder seien abstoßend und altmodisch, ist zu erwähnen, daß eine von Szondi ausgearbeitete "schöne" Serie zu keinen befriedigenden Testergebnissen geführt hat. Von vielen wird außerdem die faktorielle Eigenqualität der Bilder bezweifelt (HEINELT (11), LASZLO (18), HELWIG (12)). HELWIG ist wie auch LASZLO der Ansicht, daß die Wirkung der abgebildeten Individualitäten auf die Versuchspersonen weitaus stärker ist als die der betreffenden Faktoren, die doch geprüft werden sollten. Die Bilder eines bestimmten Triebfaktors seien untereinander in keiner Weise gleichartig.

LASZLO berichtet, daß zum Beispiel das h-Bild der Serie V von 75 % der Probanden als sympathisch gewählt wird, daß dieses Bild 150 x öfter als einer gleichmäßigen Verteilung entsprechend positiv gewählt wird, daß das Bild hy III 17 x öfter negativ gewählt wird. Nach HELWIG soll die Versuchsperson aber gar nicht mit "reinen" Faktoren konfrontiert werden; der Test werde erst ermöglicht gerade durch die unterschiedliche Verdeckung des einzelnen Faktors so "wie man die sexuelle Sicherheit eines Mannes daran ermessen könne, daß man ihm Frauen präsentiert, die in allen möglichen Gradstufen das Weibliche verdeckt und verkleidet haben". Im übrigen komme es mehr auf die praktischen Resultate als auf theoretische Gegenargumente an.

Im Folgenden sind darum die Anforderungen, die an einen jeden psychologischen Test gestellt werden, nachzuprüfen: Objektivität, Reliabilität, Validität (L. MICHEL (21)).

Objektivität besitzt das Testverfahren, das in seinen Ergebnissen von einer Reihe von Beurteilern identisch beurteilt wird (L. MICHEL). Diese Anforderung wird nach HEINELT vom Szondi-Test erfüllt; ein gewisser subjektiver Spielraum bestehe aber bei der qualitativen Ausdeutung bei der Kombinatorik der Einzeldaten. Eine Testbeeinflussung durch den Tester wurde von MOSER nur in einzelnen Fällen, besonders im Kontakttrieb beobachtet.

Unter Reliabilität versteht man die formale oder äußere Genauigkeit eines Tests, die relative Konstanz der Ergebnisse bei wiederholten Tests an der gleichen Person. Dieses Gütekriterium kann der Test "auf Grund der mangelnden Konstanz der untersuchten Merkmale" (HEINELT) nur begrenzt in Anspruch nehmen. Im übrigen seien gerade um die Frage beurteilen zu können, zu wenig Untersuchungen mit wiederholten Zehnerserien durchgeführt worden. Das wichtigste Gütekriterium eines Tests ist die Validität, die diagnostische Gültigkeit, "der Grad der Genauigkeit, mit dem der Test das mißt, was er messen soll". Dieses Kriterium eines jeden Tests wird sehr unterschiedlich beurteilt. So findet L. RAUHALA (25) bei einer ausführlichen vergleichenden Untersuchung an 100 Schizophrenen, 100 Pflegern, 100 normalen Personen "keine syndromatischen Unterschiede". H. G. MEY (20) konnte in einer umfassenden Untersuchung an Mördern das Mörder-Syndrom nicht nachweisen. G. HEINELT ist der Ansicht, daß die Rand-Mitte-Methode relativ am übersichtlichsten ist, während er die Syndromanalyse in ihrer Bedeutung bezweifelt und die quantitative Methode als am unsichersten in ihren Ergebnissen ansieht. Dagegen konnte C. LASZLO mit "ausgezeichnetem Erfolg" den Szondi-Test bei der Erkenntlichmachung von manifest Homosexuellen benutzen. Auf Grund seiner Ergebnisse hält er den Test für unbedingt brauchbar. SOTO YARRITU (30) untersuchte etwa 1500 Psychotiker, Neurotiker, Kriminelle mit dem Test, wo-

bei sich in 85-90 % aller Fälle die klinische und testologische Diagnose deckten. U. MOSER (23) benutzte zur Validierung des Tests die Blinddiagnose, bei der der Testauswerter die Versuchspersonen nie zu sehen bekam, nur Alter, Geschlecht, z.T. den Beruf erfuhr. Mit diesem Verfahren ergaben sich 86 % richtige Diagnosen, womit die Validität des Tests nach MOSER eindeutig bewiesen ist.

HEINELT hält nach seiner Übersicht über die verschiedenen Erfahrungen mit dem Szondi-Test den Test für brauchbar, "wenn man seine Bedingungen und Grenzen kenne". Während er für die klinisch-psychiatrische Diagnosestellung nicht anwendbar sei, scheine er neurotische Störungen anzuzeigen. Gerade für das Gebiet der psychosomatischen Medizin, die es ja mit neurotischen Störungen zu tun hat, scheint der Test gut anwendbar zu sein. Die Autoren folgender Arbeiten bestätigten die Anwendbarkeit des Tests in der psychosomatischen Medizin:

H. KILIAN und G. PETZ (15, 24) konnten die Strukturverwandtschaft zwischen Tuberkulose und paranoider Schizophrenie nachweisen.

U. STUDER-SALZMANN (31) wies nach, daß die Glaukomkranken dem "epileptiformparoxysmalen" Erbkreis angehören.

M. v. ALPHEN (2) wies mit Hilfe des Tests bei schielenden Kindern eine Akzeptationsneurose und eine vermehrte Projektionsbereitschaft nach. Außerdem machte er einen Zusammenhang zwischen dem Strabismus und einer paroxysmal-paranoiden Struktur wahrscheinlich.

M. KELLNER (14) verifizierte eine verstärkte orale Fixierung bei Diabetes mellitus-Kranken.

Th. WEGMANN (36) fand bei an Polyarthrits rheumatica leidenden Patienten Merkmale neurotischer Störungen, eine Zwangsstruktur mit expansiv-motorischer Hemmung und sadomasochistischen Tendenzen.

DIE TESTERGEBNISSE

Die vorliegenden Ergebnisse stammen von 42 erwachsenen Asthmakranken und 20 Kindern: 22 Männern mit einem Durchschnittsalter von 39 Jahren, 20 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 43,5 Jahren und von 20 Mädchen zwischen 7 und 13 Jahren. Die Tests wurden vom April bis August 1964 an Asthmakranken in Münchener Kliniken und zwei Sanatorien in Bad Reichenhall vorgenommen. Die 20 Kinder waren zur Kur im Asthma-Kinderheim in Bad Reichenhall.

Bei der Gruppe über 45 Jahre (19 Patienten) liegt der Beginn des Asthmas im Durchschnitt 15 Jahre zurück (bei 7 weniger als 5 Jahre, bei 10 mehr als 10 Jahre). Da die 20 Kinder kurfähig sein mußten, handelt es sich bei ihnen um noch leichtere Formen der Erkrankung oder um vorthapierte Fälle.

Beruflich finden sich bei den Erwachsenen: 11 Hausfrauen, 7 Angestellte, 3 Arbeiter, 3 Ingenieure, 2 Landwirte, 2 Lehrlinge, 2 Rentner, und jeweils 1 Student, Schüler, Jurist, Rektor, Kraftfahrer, 1 Patientin ohne Beruf. Eindeutige Berufsallergosen finden sich in nur zwei Fällen: 1 Malermeister, 1 Bäcker.

Von allen Patienten wurden 10 Profile angefertigt, bei einer Patientin nur 8, da wegen starker Drehschwindelerscheinungen die Testreihe vorzeitig abgebrochen werden mußte, bei einem Patienten nur 9 wegen vorzeitiger Entlassung. Bei den 20 Kindern wurden jeweils 8 Tests vorgenommen. Es liegen also 577 Einzeltests vor. Bei der Kollektivauswertung wurde von folgenden Ergebnissen ausgegangen:

1. Den faktoriellen Reaktionen und deren Abweichung von den Normwerten,
2. den vektoriellen Reaktionen und deren Abweichung von den Normwerten,
3. der Durchschnittstriebklasse,
4. der Durchschnittstriebformel,
5. den durchschnittlichen psychosexuellen Dur-Moll-Reaktionen.

Die 20 Kinder wurden in einer Gruppe zusammengefaßt, da es sich nach Alter und Geschlecht um eine homogene Gruppe handelt. Die 42 Erwachsenen wurden zunächst in 4 Gruppen eingeteilt.

Erste Gruppe: 13 Männer bis 44 Jahre,

zweite Gruppe: 10 Frauen bis 44 Jahre,

dritte Gruppe: 9 Männer ab 45 Jahre,

vierte Gruppe: 10 Frauen ab 45 Jahre.

Auf diese Weise entstanden etwa gleich starke Gruppen. Die von Szondi angegebenen Normalwerte beziehen sich auf Gruppen, die jeweils 10 oder 20 Lebensjahre umfassen. Darum mußten die Szondi-Werte erst in unsere Alterseinteilung umgerechnet werden. Hierbei durften nicht einfach Mittelwerte gebildet werden, sondern es mußte die zahlenmäßige Stärke der einzelnen "Untergruppen" berücksichtigt werden. Darum sind die hier angegebenen Normalwerte nur für die Gruppenzusammensetzung dieser Arbeit gültig und ohne weiteres nicht anderweitig zu verwenden.

Bei der ersten und zweiten Gruppe ergab sich eine weitgehende Übereinstimmung in den Ergebnissen. Darum wurden beide Gruppen zusammengefaßt und gemeinsam gedeutet. Damit steht gerade für den Altersgipfel des neurotischen Asthma (20-40 Jahre) eine starke und repräsentative Gruppe zur Deutung zur Verfügung (23 Patienten).

Die dritte Gruppe stimmt in Triebformel und Triebklasse mit der ersten und zweiten überein, zeigt aber im übrigen Abweichungen. Die vierte Gruppe zeigt wenig Übereinstimmung mit den übrigen Gruppen, immerhin gewisse Vergleichsmöglichkeiten mit der dritten.

TABELLARISCHE TEXTERGEBNISSE

Zeichenerklärung:

Zahl	=	Anzahl der gewählten Reaktionen.
%	=	Anzahl der gewählten Reaktionen in Prozent.
N %	=	Von Szondi ermittelte Durchschnittsreaktionen in Prozent.
D %	=	Differenz zwischen der Anzahl der gewählten Reaktionen in Prozent und den von Szondi ermittelten Durchschnittsreaktionen in Prozent.

Faktor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen bis 45 Jahre

	Zahl ♂	Zahl ♀	♂ %	♂ %N	Diff. ♂ %	♀ %	♀ %N	Diff. ♀ %	Diff. ♂ + ♀ D%
h+	95	53	73,1	58,2	+14,9	53,0	60,6	- 7,6	+ 5,1
-	10	27	7,7	20,4	-12,7	27,0	21,2	+ 5,8	- 4,6
<u>+</u>	16	3	12,3	8,6	+ 3,7	3,0	6,8	- 3,8	+ 0,4
0	9	17	6,9	12,8	- 5,9	17,0	11,4	+ 5,6	- 0,9
s+	61	42	47,0	37,9	+ 9,1	42,0	35,5	+ 6,5	+ 8,0
-	28	32	21,5	27,3	- 5,8	32,0	29,1	+ 2,9	- 2,0
<u>+</u>	16	6	12,3	10,0	+ 2,3	6,0	10,3	- 3,7	- 0,4
0	25	20	19,2	24,8	- 5,6	20,0	25,6	- 5,6	- 5,6
e+	35	33	26,9	37,0	-10,1	33,0	39,5	- 6,5	- 8,6
-	38	22	29,2	22,4	+ 6,8	22,0	20,7	+ 1,3	+ 4,4
<u>+</u>	10	22	7,7	12,8	- 5,1	22,0	10,3	+11,7	+ 2,3
0	47	23	36,2	27,8	+ 8,4	23,0	29,5	- 6,5	+ 1,9
hy+	3	1	2,3	11,7	- 9,4	1,0	11,7	-10,7	-10,0
-	115	77	88,5	55,5	+33,0	77,0	55,9	+21,1	+27,8
<u>+</u>	6	18	4,6	14,8	-10,2	18,0	14,6	+ 3,4	- 4,2
0	6	4	4,6	18,0	-13,4	4,0	17,8	-13,4	-13,6
k+	19	15	14,6	13,1	+ 1,5	15,0	13,5	+ 1,5	+ 1,5
-	76	40	58,5	54,8	+ 3,7	40,0	54,3	-14,3	- 4,2
<u>+</u>	6	13	4,6	15,1	-10,5	13,0	9,8	+ 3,2	- 4,6
0	29	32	22,3	17,0	+ 5,3	32,0	20,4	+10,6	+ 7,3
p+	28	27	21,6	21,7	- 0,1	27,0	21,0	+ 6,0	+ 2,6
-	42	26	32,3	44,8	-12,5	26,0	47,4	-21,4	-16,6
<u>+</u>	24	30	16,4	12,4	+ 6,0	30,0	12,2	+17,8	+11,1
0	36	17	27,7	21,1	+ 6,6	17,0	19,4	- 2,4	+ 2,8
d+	34	33	26,1	33,1	- 7,0	33,0	33,2	- 0,2	- 4,2
-	46	39	35,4	19,0	+16,4	39,0	20,9	+18,1	+17,0
<u>+</u>	3	4	2,3	5,6	- 3,3	4,0	5,6	- 1,6	- 2,6
0	47	24	36,2	42,3	- 6,1	24,0	40,3	-16,3	-10,2
m+	57	65	43,8	41,1	+ 2,7	65,0	40,0	+25,0	+12,4
-	36	13	27,7	29,1	- 1,4	13,0	28,6	-15,6	- 7,6
<u>+</u>	11	3	8,5	11,5	- 3,0	3,0	12,0	- 9,0	- 5,6
0	26	19	20,0	18,3	+ 1,7	19,0	10,4	- 0,4	+ 0,8

Faktor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen über 45 Jahre.

	Zahl			Diff.	Zahl			Diff.
	♂	%	% N	%	♀	%	% N	%
h+	67	75,2	67,5	+ 7,7	64	65,3	68,2	- 2,9
-	8	9,1	13,7	- 4,6	13	13,3	15,1	- 1,8
$\frac{+}{0}$	13	14,6	10,4	+ 4,2	14	14,3	9,4	+ 4,9
	1	1,1	8,4	- 7,3	7	7,1	7,3	- 0,2
s+	52	59,0	35,5	+23,5	34	34,7	36,1	- 1,4
-	8	9,1	27,9	-18,8	21	21,3	26,5	- 5,2
$\frac{+}{0}$	22	25,1	11,0	+14,1	9	9,3	10,6	- 1,3
	7	6,8	25,6	-18,8	34	34,7	26,8	+ 7,9
e+	13	14,6	29,7	-15,1	37	37,8	31,3	+ 6,5
-	24	26,8	24,4	+ 2,4	19	19,4	23,4	- 4,0
$\frac{+}{0}$	20	22,6	14,3	+ 8,3	9	9,2	14,4	- 5,2
	32	36,0	31,6	+ 4,4	33	33,6	30,9	+ 2,7
hy+	8	9,0	16,4	- 7,4	10	10,2	16,2	- 6,0
-	55	61,7	48,3	+13,4	44	44,9	48,5	- 3,6
$\frac{+}{0}$	9	10,1	14,2	- 4,1	31	31,7	14,4	+17,3
	17	19,2	21,1	- 1,9	13	13,2	20,9	- 7,7
k+	5	5,6	10,2	- 4,6	12	12,2	10,1	+ 2,1
-	48	54,0	60,4	- 6,4	62	63,2	61,0	+ 2,2
$\frac{+}{0}$	3	3,4	12,1	- 8,7	1	1,1	11,5	-10,4
	33	37,0	17,3	+19,7	23	23,5	17,4	+ 6,1
p+	9	10,1	13,4	- 3,3	4	4,1	14,0	- 9,9
-	56	63,0	56,5	+ 6,5	52	53,2	54,9	- 1,7
$\frac{+}{0}$	9	10,1	13,3	- 3,2	25	25,4	14,1	+11,3
	15	16,8	16,8	00000	17	17,3	17,0	- 0,3
d+	35	38,9	38,7	- 0,2	44	45,0	38,6	+ 6,8
-	12	13,6	16,2	- 2,6	16	16,2	15,9	+ 0,3
$\frac{+}{0}$	6	6,8	6,9	- 0,1	3	3,1	6,8	- 3,7
	36	40,7	38,2	+ 2,5	35	35,7	38,7	- 3,0
m+	41	46,0	36,1	- 9,9	42	42,9	33,3	+ 9,6
-	17	19,1	29,1	-10,0	35	35,7	30,4	+ 5,3
$\frac{+}{0}$	7	7,9	11,4	- 3,5	11	11,2	11,1	+ 0,1
	24	27,0	23,4	+ 3,6	10	10,2	25,2	-15,0

Faktor Reaktionen

Gruppe der 20 Kinder

	Zahl	%	% N	Diff. %
h +	140	87,5	82,6	+ 4,9
-	2	1,25	1,6	- 0,35
$\frac{+}{0}$	8	5,0	4,9	+ 0,1
0	10	6,25	10,9	- 4,65
s +	107	66,9	53,1	+13,8
-	15	9,4	15,9	- 6,5
$\frac{+}{0}$	8	5,0	4,3	+ 0,7
0	30	18,7	26,8	- 8,1
e +	36	22,5	14,9	+ 7,6
-	66	41,25	37,8	+ 3,45
$\frac{+}{0}$	24	15,0	17,4	- 2,4
0	34	21,25	29,8	- 8,35
hy+	9	5,7	14,0	- 8,3
-	115	71,7	55,4	+16,3
$\frac{+}{0}$	10	6,3	20,0	-13,7
0	26	16,3	10,2	+ 6,1
k +	19	11,3	13,7	- 3,4
-	83	51,9	51,4	- 0,5
$\frac{+}{0}$	13	8,1	24,4	-16,3
0	45	28,1	10,2	+17,9
p +	16	10,0	10,3	- 0,3
-	61	38,1	47,7	- 9,6
$\frac{+}{0}$	23	14,4	11,8	+ 2,6
0	60	37,5	30,0	+ 7,5
d +	62	38,7	50,3	-11,6
-	30	18,8	6,9	+11,9
$\frac{+}{0}$	7	4,4	3,7	+ 0,7
0	61	38,1	39,5	- 1,4
m+	22	13,7	6,8	+ 6,9
-	109	68,1	68,3	- 0,2
$\frac{+}{0}$	6	3,7	9,5	- 5,8
0	23	14,4	15,4	- 1,0

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen bis 45 Jahre

	Zahl ♂	Zahl ♀	Zahl ♂ + ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	N %	Diff. D %
S ++	46	29	75	35,4	29,0	32,8	25,0	+7,8
+ -	15	12	27	11,5	12,0	11,7	13,3	-1,6
+ 0	22	10	32	16,9	10,0	13,6	18,6	-4,7
+ +	12	4	16	9,3	4,0	3,0	6,0	+1,0
- +	10	11	21	7,7	11,0	9,1	5,3	+3,8
- -	0	12	12	0,0	12,0	5,2	8,4	-3,2
- 0	0	3	3	0,0	3,0	1,3	3,5	-2,2
- +	0	1	1	0,0	1,0	0,4	2,3	-1,9
0 +	2	1	3	1,5	1,0	1,3	2,7	-1,4
0 -	4	8	12	3,1	8,0	5,2	4,0	+1,2
0 0	1	5	6	0,8	5,0	2,6	2,2	+0,4
0 +	2	1	3	1,5	1,0	1,3	1,1	+0,2
+ +	12	1	13	9,3	1,0	5,7	2,3	+3,4
+ -	1	0	1	0,8	0,0	0,4	2,3	-1,9
+ 0	1	2	3	0,8	2,0	1,3	2,0	-0,7
+ +	2	0	2	1,5	0,0	0,9	1,1	-0,2

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen bis 45 Jahre

	Zahl ♂	Zahl ♀	Zahl ♂ + ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	N %	Diff.
P ++	1	0	1	0,8	0,0	0,4	4,3	- 3,9
+ -	23	27	50	17,7	27,0	21,8	22,2	- 0,4
+ 0	1	0	1	0,8	0,0	0,4	5,6	- 5,2
<u>++</u>	4	0	4	3,1	0,0	1,7	4,3	- 2,6
<u>-+</u>	0	1	1	0,0	1,0	0,4	4,2	- 3,8
<u>--</u>	42	13	55	33,0	13,0	23,9	8,2	+15,7
<u>-0</u>	4	1	5	3,1	1,0	2,2	5,0	- 2,8
<u>+-</u>	0	10	10	0,0	10,0	4,4	3,7	+ 0,7
<u>0+</u>	1	0	1	0,8	0,0	0,4	3,4	- 3,0
<u>0-</u>	41	21	62	31,6	21,0	27,0	15,6	+11,4
<u>00</u>	0	0	0	0,0	0,0	0,0	4,5	- 4,5
<u>0+</u>	2	6	8	1,6	6,0	3,5	5,6	- 2,1
<u>++</u>	2	0	2	1,6	0,0	0,9	1,1	- 0,2
<u>+-</u>	8	16	24	6,1	16,0	10,5	5,8	+ 4,6
<u>+0</u>	1	3	4	0,8	3,0	1,7	3,4	- 1,7
<u>++</u>	0	2	2	0,0	2,0	0,9	4,2	- 3,3

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen bis 45 Jahre

	Zahl ♂	Zahl ♀	Zahl ♂ + ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	N%	Diff. D %
Sch ++	2	2	2	1,5	2,0	1,7	3,7	- 2,0
+ -	11	2	13	8,5	2,0	5,7	4,6	+ 1,1
+ 0	10	0	10	7,7	0,0	4,4	3,9	+ 0,5
<u>++</u>	0	2	2	0,0	2,0	0,9	0,9	0,0
- +	23	10	33	17,4	10,0	14,4	8,8	+ 5,6
- -	16	23	39	12,1	23,0	17,0	32,1	- -15,1
- 0	15	4	19	11,5	4,0	8,2	7,7	+ 0,5
<u>- +</u>	22	13	35	16,5	13,0	15,2	8,1	+ 7,1
0 +	2	14	16	1,5	14,0	7,0	5,3	+ 1,7
0 -	12	3	15	9,2	3,0	6,5	8,5	- 2,0
0 0	6	2	8	4,6	2,0	3,5	3,7	- 0,2
0 +	2	13	15	1,5	13,0	6,5	2,8	+ 3,7
<u>++</u>	1	1	2	0,8	1,0	0,9	1,6	- 0,7
<u>+ -</u>	3	2	5	1,5	2,0	2,2	4,0	- 1,8
<u>+ 0</u>	5	2	7	1,5	2,0	3,0	3,3	- 0,3
<u>++</u>	0	7	7	0,0	7,0	3,0	1,2	+ 1,8

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen bis 45 Jahre

	Zahl ♂	Zahl ♀	Zahl ♂ + ♀	% ♂	% ♀	% ♂ + ♀	N %	Diff. D %
C ++	10	16	26	7,9	16,0	11,3	9,4	+ 1,9
+ -	20	5	25	14,6	5,0	10,9	13,6	- 2,7
+ 0	4	11	15	3,2	11,0	6,5	8,0	- 1,5
+ +	0	1	1	0,0	1,0	0,4	3,6	- 3,2
- +	22	32	54	17,4	32,0	23,3	9,8	+13,5
- -	5	0	5	3,7	0,0	2,2	3,9	- 1,7
- 0	18	5	23	14,5	5,0	10,0	3,8	+ 6,3
- +	1	2	3	0,8	2,0	1,3	2,0	- 0,7
0 +	24	15	39	18,0	15,0	17,0	17,6	- 0,6
0 -	10	8	18	7,9	8,0	7,8	10,1	- 2,3
0 0	4	1	5	3,2	1,0	2,2	8,0	- 5,8
0 +	9	0	9	7,0	0,0	3,6	4,3	- 0,7
+ +	0	2	2	0,0	2,0	0,9	1,8	- 0,9
+ -	3	0	3	1,9	0,0	1,3	1,3	0,0
+ 0	0	2	2	0,0	2,0	0,9	2,1	- 1,2
+ +	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,7	- 0,7

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen über 45 Jahre

	Zahl	%	N%	Diff.	Zahl	%	N%	Diff.
	♂			D %	♀			D %
S ++	34	38,3	25,0	+13,3	32	32,7	25,0	+ 7,7
+ -	17	19,2	13,3	+ 5,9	8	8,2	13,3	- 5,1
+ 0	5	5,6	18,6	-13,0	20	20,4	18,6	+ 1,8
+ +	11	12,5	6,0	+ 6,5	4	4,1	6,0	- 1,9
- +	5	5,6	5,3	+ 0,3	0	0,0	5,3	- 5,3
- -	0	0,0	8,4	- 8,4	7	7,2	8,4	- 0,8
- 0	2	2,2	3,5	- 1,3	4	4,1	3,5	+ 0,7
- +	1	1,1	2,3	- 1,2	2	2,0	2,3	- 0,3
0 +	1	1,1	2,7	- 1,6	0	0,0	2,7	- 2,7
0 -	0	0,0	4,0	- 4,0	4	4,1	4,0	+ 0,1
0 0	0	0,0	2,2	- 2,2	3	3,0	2,2	+ 0,8
0 +	0	0,0	1,1	- 1,1	0	0,0	1,1	- 1,1
+ +	2	2,2	2,3	- 0,1	2	2,0	2,3	- 0,3
+ -	1	1,1	2,3	- 1,2	2	2,0	2,3	- 0,3
+ 0	0	0,0	2,0	- 2,0	10	10,2	2,0	+ 8,0
+ +	10	11,2	1,1	+10,1	0	0,0	1,1	- 1,1

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen über 45 Jahre

	Zahl	%	N%	Diff.	Zahl	%	N%	Diff.
	♂			%	♀			%
P ++	0	0,0	4,3	- 4,3	1	1,0	4,3	- 3,3
+ -	11	12,5	22,2	- 9,7	23	23,4	23,2	+ 0,2
+ 0	2	2,2	5,6	- 3,3	7	7,2	5,8	+ 1,4
<u>++</u>	1	1,1	4,3	- 3,2	5	5,1	4,3	+ 0,8
- +	8	9,0	4,2	+ 4,8	7	7,2	4,2	+ 3,0
--	11	12,5	8,2	+ 4,3	6	6,2	8,5	- 2,3
- 0	3	3,4	5,0	- 1,6	1	1,0	5,0	- 4,0
<u>- +</u>	2	2,2	3,7	- 1,5	6	6,2	3,7	+ 2,5
0 +	0	0,0	3,4	- 3,4	4	4,0	3,4	+ 0,6
0 -	18	20,2	15,6	+ 4,7	8	8,2	16,1	- 7,9
0 0	10	11,2	4,5	+ 6,7	3	3,0	4,5	- 1,5
<u>0 +</u>	3	3,4	5,6	- 2,2	18	18,4	5,6	+12,8
<u>++</u>	5	5,6	1,1	+ 4,5	0	0,0	1,1	- 1,1
<u>+ -</u>	7	7,9	5,8	+ 1,9	5	5,1	5,8	- 0,2
<u>+ 0</u>	5	5,6	3,4	+ 2,2	2	2,0	3,4	- 1,4
<u>++</u>	3	3,4	4,2	- 0,8	2	2,0	4,2	- 2,2

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen über 45 Jahre

	Zahl	%	N%	Diff.	Zahl	%	N%	Diff.
	♂			%	♀			%
Sch ++	0	0,0	3,7	- 3,7	0	0,0	3,7	- 3,7
+ -	2	2,2	4,6	- 2,4	6	6,1	4,6	+ 1,5
+ 0	1	1,1	3,9	- 2,8	4	4,1	3,9	+ 0,2
<u>++</u>	0	0,0	0,9	- 0,9	2	2,0	0,9	+ 1,1
- +	8	9,0	8,8	+ 0,2	3	3,1	8,8	- 5,7
--	31	34,8	32,1	+ 2,7	38	38,7	32,1	+ 6,6
- 0	8	9,0	7,7	+ 1,3	7	7,2	7,7	- 0,5
<u>- +</u>	7	7,9	8,1	- 0,2	14	14,3	8,1	+ 6,2
0 +	1	1,1	5,3	- 4,2	1	1,0	5,3	- 4,3
0 -	21	23,8	8,5	+15,8	7	7,2	8,5	- 1,3
0 0	6	6,7	3,7	+ 3,0	6	6,1	3,7	+ 2,4
<u>0 +</u>	1	1,1	2,8	- 1,7	9	9,2	2,8	+ 6,6
<u>++</u>	0	0,0	1,6	- 1,6	0	0,0	1,6	- 1,6
<u>+ -</u>	2	2,2	4,0	- 1,8	1	1,0	4,0	- 3,0
<u>+ 0</u>	0	0,0	3,3	- 3,3	0	0,0	3,3	- 3,3
<u>++</u>	1	1,1	1,2	- 0,1	0	0,0	1,2	- 1,2

Vektor Reaktionen

Gruppe der Männer und Frauen über 45 Jahre

	Zahl ♂	%	N%	Diff. %	Zahl ♀	%	N%	Diff. %
C ++	18	20,3	9,4	+10,9	13	13,3	9,4	+ 3,9
+ -	3	3,4	10,9	- 7,5	21	21,4	10,9	+10,5
+0	13	14,6	6,5	+ 8,1	5	5,1	6,5	- 1,4
<u>++</u>	1	1,1	0,4	+ 0,7	5	5,1	0,4	+ 4,7
- +	2	2,2	23,3	-21,1	9	9,2	23,3	-14,1
--	5	5,6	2,2	+ 3,4	5	5,1	2,2	+ 2,9
-0	4	4,5	10,0	- 5,5	1	1,0	10,0	- 9,0
<u>- +</u>	1	1,1	1,3	- 0,2	1	1,0	1,3	- 0,3
0 +	18	20,3	17,0	+ 3,3	19	19,4	17,0	+ 2,4
0 -	8	9,0	7,8	+ 2,8	8	8,2	7,8	+ 0,4
00	5	5,6	2,2	+ 3,4	3	3,1	2,2	+ 0,8
<u>0 +</u>	5	5,6	3,6	+ 3,0	5	5,1	3,6	+ 1,5
<u>++</u>	3	3,4	0,9	+ 2,5	0	0,0	0,9	- 0,9
<u>+ -</u>	1	1,1	1,3	- 0,2	1	1,0	1,3	- 0,3
<u>+0</u>	2	2,2	0,9	+ 1,3	1	1,0	0,9	- 0,1
<u>++</u>	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0

Vektor Reaktionen

Gruppe der 20 Kinder

Vektor S

	Zahl	%	N%	Diff. %
++	92	57,5	40	+17,5
+-	10	6,25	9	- 2,75
+0	31	19,4	19	+ 0,4
<u>++</u>	4	2,5	4,2	- 1,7
<u>+-</u>	0	0,0	3,6	- 3,6
--	2	1,25	1,3	- 0,05
-0	1	0,6	1,3	- 0,7
<u>-+</u>	1	0,6	0,8	- 0,2
0+	5	3,1	5,7	- 2,6
00	4	2,5	3,1	- 0,6
0 <u>+</u>	0	0,0	1,7	- 1,7
<u>++</u>	4	2,5	2,7	- 0,2
<u>+-</u>	1	0,6	0,2	+ 0,4
<u>+0</u>	1	0,6	3,0	- 2,4
<u>++</u>	3	1,9	0,4	+ 1,5

Vektor P

Zahl	%	N%	Diff. %
2	1,25	1,7	-0,45
27	16,9	10,3	+6,6
3	1,9	3,4	-2,5
4	2,5	3,4	-1,1
5	3,1	4,0	-0,9
42	26,1	19,3	+5,8
17	10,6	6,1	+4,5
2	1,2	6,1	-4,9
0	0,0	0,0	0,0
5	3,1	2,7	+0,4
3	1,9	7,1	-5,3
1	0,6	3,6	-3,0
21	13,1	7,8	+5,3
1	0,6	2,9	-2,3
1	0,6	4,0	-3,4

Vektor Reaktionen

Gruppe der 20 Kinder

Vektor Sch					Vektor C				
	Zahl	%	N%	Diff. %		Zahl	%	N%	Diff. %
++	1	0,6	2,3	- 1,7		4	2,5	3,6	- 1,1
+-	10	6,3	7,3	- 1,0		50	31,25	31,3	- 0,05
+0	4	2,5	2,3	+ 0,2		6	3,7	10,0	- 6,3
<u>++</u>	4	2,5	7,3	- 4,8		2	1,25	3,8	- 2,55
-+	7	4,4	6,3	- 1,9		9	5,6	1,9	+ 3,7
--	34	21,3	21,8	- 0,5		12	7,4	2,5	+ 4,9
-0	33	20,6	13,0	+ 7,6		16	10,0	2,5	+ 7,5
<u>-+</u>	9	5,6	4,0	+ 1,6		1	0,6	1,0	- 0,4
08	5	3,1	1,5	+ 1,6		9	5,6	5,0	+ 0,6
0-	13	8,2	9,7	- 1,5		34	21,25	21,4	- 0,15
00	18	11,3	1,1	+10,2		8	5,0	5,7	- 0,7
0+	9	5,6	1,9	+ 3,7		2	1,25	5,5	- 4,25
<u>++</u>	3	1,9	2,7	- 0,8		0	0,0	0,0	0,0
<u>+-</u>	4	2,5	11,3	- 8,8		5	3,1	2,5	+ 0,6
<u>+0</u>	5	3,1	8,4	- 5,3		1	0,6	1,3	- 0,7
<u>++</u>	1	0,6	4,6	- 4,0		1	0,6	0,0	+ 0,6

Triebklassen

Erste Gruppe: Phy^-
(Männer bis 45 Jahre)

Zweite Gruppe: Phy^-
(Frauen bis 45 Jahre)

Dritte Gruppe: Phy^-
(Männer über 45 Jahre)

Vierte Gruppe: $\text{Sh}^+ \text{Schk}^- \text{Cm}^+$
(Frauen über 45 Jahre)

Kinder Gruppe: Cm^-

Latentprop.: $\frac{\text{Phy}^-}{45} \quad \frac{\text{Schk}^-}{25} \quad \frac{\text{Sh}^+}{16} \quad \frac{\text{Cm}^+}{13}$

Latentprop.: $\frac{\text{Phy}^-}{26} \quad \frac{\text{Schk}^-}{12} \quad \frac{\text{Sh}^+}{15} \quad \frac{\text{Cm}^+}{11}$

Latentprop.: $\frac{\text{Phy}^-}{23} \quad \frac{\text{Sh}^+}{6} \quad \frac{\text{Cd}^-}{6} \quad \frac{\text{Sch}}{2}$

Latentprop.: $\frac{\text{Sh}^+}{22} \quad \frac{\text{Schk}^-}{18} \quad \frac{\text{Cm}^+}{16} \quad \frac{\text{P}}{2}$

Latentprop.: $\frac{\text{Cm}^-}{47} \quad \frac{\text{Schk}^-}{24} \quad \frac{\text{Phy}^-}{24} \quad \frac{\text{Sh}^+}{20}$

Triebformel:

Erste Gruppe: $\frac{e \ p \ (d)}{h \ hy}$

Zweite Gruppe: $\frac{e \ d}{h \ hy}$

Dritte Gruppe: $\frac{e \ k \ p}{hy \ h \ m}$

Vierte Gruppe: $\frac{s \ e \ hy \ p \ d}{h \ k \ m}$

Kinder Gruppe: $\frac{p \ e \ d \ (k)}{n \ m \ hy \ (s)}$

Dur-Moll-Proportionen

Erste Gruppe: 55 : 45

Zweite Gruppe: 53 : 47

Dritte Gruppe: 53 : 47

Vierte Gruppe: 52 : 48

ERLÄUTERUNG UND DEUTUNG DER TESTERGEBNISSE

In der Bilanz der faktoriellen Reaktionen ergibt sich bei den Patienten unter 45 Jahren für 24 Reaktionen eine durchschnittliche Abweichung von 3,8 %, bei den 20 Kindern in 25 Reaktionen eine von 4,9 %. Darin sehen wir einmal eine Besätigung des Szondi-Tests, zum anderen die Berechtigung, faktorielle Abweichungen über 10 % als signifikant anzusehen; wie das auch in den Arbeiten von KILIAN (15) und WEGMANN (36) geschehen ist; allerdings erscheint in den Ergebnissen die "Lücke" zwischen den Abweichungen über 5 % und unter 10 % nicht ganz deutlich.

Bei der Auswertung werden zunächst die einzelnen Testresultate zusammengestellt, die jeweils für ein bestimmtes Syndrom sprechen. Dabei wird gleichzeitig -soweit nötig- die Szondi-Deutung dieser Resultate gegeben. Danach werden die einzelnen Syndrome im Zusammenhang interpretiert und unter Berücksichtigung der psychosomatischen Theorien des Asthma bronchiale diskutiert werden.

Bei der Auswertung der tabellarischen Testergebnisse wurden folgende Resultate ermittelt:

1. Vermehrte Angstsymptome.
2. Eine signifikante Paroxysmalität der Kranken.
3. Zeichen einer anal-retentiven Haltung und einer inzestuösen Mutterbindung der Kranken.
4. Veränderungen des Ich im Sinne einer latenten Ich-Schwäche und Depersonalisation.

Im Einzelnen ergab sich Folgendes:

1. Die vermehrten Angstsymptome: Die hy-Reaktionen sind vermehrt bei den Kindern um 16,3 %, bei den Erwachsenen bis 45 Jahre um 27,8 %, bei den männlichen Erwachsenen über 45 Jahre um 13,4 %; bei den Frauen über 45 Jahre zeigt sich keine Vermehrung dieser Reaktion. Diese Abweichungen von der Norm sprechen dafür, daß die Symptome der Angst, das Sich-Verbergen-Wollen eindeutig vermehrt sind. Außerdem spricht diese Reaktion dafür, daß die Kranken ihre Geschlechtlichkeit nicht annehmen; es findet sich hier ein Teilsymptom einer prägenitalen Fixierung.

2. Die Paroxysmalität der Kranken: In den einzelnen Gruppen zeigen sich folgende Veränderungen, die auf eine vermehrte paroxysmale Reaktionsweise hinweisen:

1. Die Kinder-Gruppe.

Die Cm⁻-Gruppentriebklasse ist die Klasse der normalen Kinder in der Trotz-

phase und Präpubertät; sie ist aber auch die Klasse, die von Szondi an 3. Stelle für die Hystero-Epilepsie angegeben wird.

Die Gruppentriebformel $\frac{p \ e \ d}{h \ m \ hy}$ zeigt mit $\frac{e}{hy}$ die für die Hystero-Epilepsie typische Konstellation. Außerdem finden sich im Trieblinäusband Hinweise auf Epilepsie, Dämmerzustände, Absencen. Faktoriell ist hy- um 16,3 % vermehrt; vektoriell zeigt sich eine Vermehrung der paroxysmalen Reaktionen (P--, O--, dazu +-, +-) um 17,8 %. Dazu zeigt sich im Vektor S eine gesteigerte Aggressivität (+ um 13,8 % mit Überdruck vermehrt). Es finden sich also starke Hinweise für eine gesteigerte Paroxysmalität. Syndromanalytisch fehlt eine noch stärkere Vermehrung der P--, O- -Reaktionen (6 %), die aber durch die +- und +- -Reaktionen ersetzt werden können (Triebpathologie I S. 418 f.).

2. Die Gruppe der Erwachsenen bis 45 Jahre.

Für eine gesteigerte Paroxysmalität sprechen: Die Gruppentriebklasse Phy^- , die Triebformel $\frac{e \ p \ (d)}{h \ hy}$ (σ^7), $\frac{e \ d}{h \ hy}$ (φ), in der jeweils $\frac{e}{hy}$ enthalten ist, schließlich die Ergebnisse im Trieblinäusband (Phy^- Rubrik III). Faktoriell ist hy^- um 27,8 % vermehrt, vektoriell sind die paroxysmalen Reaktionen (P--, O-) um 27,1 % vermehrt. Die Gruppe zeigt ganz eindeutig Zeichen einer gesteigerten Paroxysmalität.

3. Gruppe der Männer über 45 Jahre.

Für eine gesteigerte Paroxysmalität sprechen: Die Gruppentriebklasse Phy^- , die Gruppentriebformel $\frac{e \ k \ p}{h \ hy \ m}$, die $\frac{e}{hy}$ enthält, dazu die Ergebnisse im Trieblinäusband (Phy^- Rubrik III). Faktoriell ist hy^- um 13,4 % gesteigert, vektoriell sind P--, O- um 9 % vermehrt, + um 23 % mit Überdruck.

4. Gruppe der Frauen über 45 Jahre.

Für eine gesteigerte Paroxysmalität können die Gruppentriebklassen Sh^+ , Sch^+ , Cm^+ sprechen, die als mögliche, aber nicht häufigste Klassen der Hystero-Epilepsie angegeben werden. Die übrigen Ergebnisse in den Vektoren P und S sprechen gegen eine Steigerung der Paroxysmalität in dieser Gruppe.

SZONDI versteht unter Paroxysmalität die Erscheinung, daß "sich bestimmte Symptome in ihrer Intensität bis zu einer Klimax anfallsartig steigern, um dann plötzlich aufzuhören". (LASZLO (19)). Es findet also eine wechselnde Aufstauung und Entladung starker Affekte statt. Diese Entladungen äußern sich in den paroxysmalen Anfällen, sogenannten "Überraschungsbewegungen", die vor wirklichen oder vermeintlichen äußeren oder inneren Gefahren schützen sollen. Hierbei werden die verschiedensten Mechanismen benutzt, wie Sich-Totstellen, Bewegungsturm, Farbwechsel und andere.

3. Für eine verstärkte retentiv-anale Haltung ergeben sich folgende Hinweise: 1. In der Gruppe der Kinder: Die Gruppentriebformel hat starke Ähnlichkeit mit der bei einer Akzeptationsneurose gefundenen (Trieblinäusband S. 42, 69). Bei den faktoriellen Reaktionen ist d- um 11,9 % vermehrt;

vektoriell sind die Symptome der "Trennungsangst" um 11,4 % vermehrt (-+, -0, -+, 0+).

2. Die Erwachsenen bis 45 Jahre haben faktoriell d- um 17 % über der Norm vermehrt, vektoriell die Reaktionen für Trennungsangst (-+, -0, -+, 0+) um 18,4 % vermehrt.

Diese Reaktionen sprechen nach SZONDI für Geiz, eine starke Retentionshaltung, Konservatismus schlechthin. Dabei zeigen die Kinder gleichzeitig um 13,8 % vermehrte s+ -Reaktionen, damit eine vermehrte Tendenz zu Aggressivität und Sadismus. Syndromanalytisch sprechen diese Ergebnisse (s+ und d- vermehrt) für eine anal-sadistische Fixierung der Kinder. Außer den vermehrten d- -Reaktionen zeigen die Erwachsenen mit den um 12,4 % vermehrten m+ -Reaktionen verstärkt das Bedürfnis nach Bestätigung und Annahme, den Wunsch, geschützt und behütet zu werden.

Die gleichen im Kontakttrieb gefundenen Reaktionen, besonders die C-+ und C-0 -Reaktionen, werden von SZONDI als Zeichen für eine inzestuöse Mutterbindung angesehen. SZONDI sieht in dieser Mutterbindung nur das häufigste Beispiel einer engen Objektbeziehung; ganz allgemein werden in den d- -Reaktionen Zeichen für das "Kleben am Objekt" überhaupt gesehen, ohne dabei die Art dieses Objektes näher festzulegen.

3. Die Erwachsenen über 45 Jahre zeigen keine Reaktionen, die für eine retentive Haltung sprechen. Die Zeichen dafür sind im Gegenteil sogar vermindert, nämlich bei den Männern um 20,5 %, bei den Frauen um 19,5 %. Dagegen sind die Zeichen für eine "Kontaktinkontinenz" (+++, +0, +0, ++) bei den Männern um 21 % vermehrt, bei den Frauen um 7,1 %; dazu zeigen die Frauen eine Vermehrung der Zeichen für Kontaktsperre, Einsamkeit und Autismus (--, 00, 0-, +-) um 14,6 %.

4. Die Veränderungen des Ich:

Das Ich zeigt vermehrt Reaktionen der Desintegration, der Depersonalisation, der Entfremdung und Verlassenheit. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild:

Bei den Kindern: Die Sch 00 und 0+ -Reaktionen sind um 13,9 %,
die k 0 -Reaktionen um 17,9 % vermehrt.

Bei den Erwachsenen bis 45 Jahre: Sch 0+, -+, ++ sind um 12,6 % vermehrt,
k 0 um 7,3 % vermehrt,
p + um 11,1 % vermehrt,
bei den Männern über 45 Jahre: k 0 um 19,7 % vermehrt,
sonst finden sich keine entsprechende Symptome,

bei den Frauen über 45 Jahre: Sch 0+, -+, ++ sind um 11,6 % vermehrt,
k 0 um 6,9 % vermehrt.

Es finden sich zwei Arten von Veränderungen: Der totale Ich-Verlust, der besonders bei den Kindern vorkommt, und die Depersonalisations- und Verlassensreaktionen bei den Erwachsenen (Eine Ausnahme bilden die 9 Männer über 45 Jahre). In der Tendenz übereinstimmend zeigen alle Gruppen ein schwaches stellungnehmendes Ich k. Im Durchschnitt sind die k 0 -Reaktionen um 13 % vermehrt. Diese k 0-Reaktionen sind unter anderem gerade für das Kleinkindalter typisch.

Deutung und Interpretation der Ergebnisse:

Bei einer zusammenhängenden Deutung der verschiedenen Einzelsymptome ist der Interpretation der Vorzug zu geben, die über eine rein statische Betrachtungsweise hinausgeht und psycho-dynamisch die Genese und gegenseitige Abhängigkeit der festgestellten psychischen Veränderungen erklärt, ohne dabei konstruiert zu erscheinen.

Zunächst soll geprüft werden, ob die festgestellte starke Paroxysmalität der Kranken als eine Art "Mittelpunkts-Syndrom" die übrigen Veränderungen einbeziehen kann. In der Vermehrung der paroxysmalen Reaktionen ist zunächst eine Bestätigung SZONDIS (und des Tests!) zu sehen, der das Asthma dem oben beschriebenen paroxysmalen Erbkreis zurechnet. Darüber hinaus ergibt sich in den vermehrten hystero-epileptischen Reaktionen eine Bestätigung der Auffassungen von BRÄUTIGAM und FENICHEL, die beide den Konversionscharakter der Krankheit betonen (Seite 8-9). Nach LASZLO (19) findet sich eine starke Paroxysmalität bei Menschen, die auf einer infantilen Stufe fixiert oder regrediert sind. In den verschiedenen Erscheinungsformen des Paroxysmus könne unter anderem der Versuch einer Regression in die intrauterine Situation gesehen werden oder eine Selbstbestrafung ödipaler Wünsche. Diese von LASZLO behaupteten Eigenschaften des paroxysmalen Charakters könnten im Test durch die Zeichen einer "inzestuösen Mutterbindung" beziehungsweise eines "Kleben am Objekt" eine Bestätigung finden. Es erscheint nun aber schwierig, die übrigen Testergebnisse als sekundäre Folgen dieser paroxysmalen Haltung aufzufassen. BRÄUTIGAM sieht, wie oben dargelegt, das Asthma-Geschehen als "präformierten Reaktionstypus aus der Gruppe der biologischen Schutz- und Abwehrreaktionen" an, also als Reaktionsweise, nicht als primären psychischen Inhalt, der in dieser Symptomatik zum Ausdruck kommt. Darum erscheint es falsch, die Paroxysmalität der Kranken als primäre psycho-dynamisch wirksame Veränderung aufzufassen.

Stellt man die retentiv-anale Haltung der Kranken in den Mittelpunkt der Deutung, so ergibt sich eine zwanglose Einordnung der übrigen Symptome. Die retentiv-anale Haltung erscheint dabei als psycho-dynamischer Kernfaktor des

Asthma bronchiale. Nach den Test-Reaktionen (d-) zeichnen sich die Kranken durch ein starkes "Kleben am Objekt" aus. Sie versuchen anscheinend verstärkt, Eigentum, aber auch Menschen, Liebe und Zuneigung, bestehende Zustände und Verhältnisse festzuhalten, ohne diese Bedürfnisse je ganz befriedigen zu können. Während sie sich so immer mehr mit entsprechenden retentiven Affekten aufgeladen haben, setzt sich eine solche Aufstauung schließlich in eine Affektentladung (Paroxysmus) um. Der Wechsel zwischen anal-retentiver Haltung und paroxysmalen Zuständen ist folgendermaßen zu verstehen: die erstere wird als dauernd sich klimaxartig steigernde Grundhaltung von kurzen anfallsweisen Entladungen unterbrochen. (Ob diese psychischen Phasen mit dem somatischen Asthma-Geschehen zusammenfallen, muß hier offen bleiben). Diese "retentiv-paroxysmale" Syndromatik dürfte als ein Asthma-Spezifikum anzusehen sein. Das Ergebnis erklärt gut eine Beobachtung SCHWIDDERs, der bei im allgemeinen sparsamen und geizigen Patienten kurze Phasen von Freigebigkeit beobachtete, in denen sinnlose Ausgaben und große Geschenke gemacht werden.

Die bei den Kranken festgestellten Reaktionen der Angst (hy-) müssen im Zusammenhang mit der retentiven Haltung als Trennungsangst gedeutet werden. Diese führt dann dazu, daß jeder bevorstehenden Objektvereinigung schon von vornherein mit Mißtrauen und Angst begegnet wird. Das läßt bei den Kranken eine starke Diskrepanz zwischen Suche nach Schutz und Annahme auf der einen Seite und ängstlichem Mißtrauen auf der anderen Seite entstehen, eine Haltung, die jeder wirklichen "Objektvereinigung" entgegensteht. Statt der nur schwer möglichen Triebbefriedigung regrediiert der Kranke auf die prägenitale Stufe der Objektbeziehung. Die Kranken nehmen ihre eigene Geschlechtlichkeit nicht an (hy-) und wollen Kleinkind bleiben (k 0 -Reaktionen), sie wollen beschützt, behütet und passiv angenommen werden (m+). Am eindeutigsten finden sich diese Eigenschaften in der Gruppe der Erwachsenen bis 45 Jahre. Das stimmt mit der Beobachtung überein, daß der Gipfel des neurotischen Asthmas im Alter zwischen 20 und 40 Jahren liegt.

Die bei den Kindern gefundenen angestauten Aggressionsimpulse bestätigen folgende Ansicht SCHWIDDERs: Durch die Erziehung zu Bravheit und Gefügigkeit entstehe mit der retentiven Haltung eine Verdrängung und Aufstauung motorisch-aggressiver Impulse.

Es ergibt sich also eine bemerkenswerte Bestätigung der Theorien von SCHWIDDER und DÜHRSEN: Der Psycho-dynamische Kernfaktor des Asthma bronchiale ist die anal-retentive Haltung.

Gleichzeitig lassen sich auch die Auffassungen ALEXANDERs bestätigen. Es wurden in beiden Hauptgruppen (der Kindergruppe und der der Erwachsenen bis 45 Jahre) eindeutige Zeichen einer "inzestuösen Mutterbindung" festgestellt;

dabei konnte sogar die von ALEXANDER behauptete "Tönung" dieser Mutterbindung bestätigt werden, deren Inhalt der Wunsch nach Schutz und Annahme sei.

Vergleicht man nun die Auffassungen ALEXANDERS mit denen von SCHWIDDER und DÜHRSEN unter Berücksichtigung der Testergebnisse, so kommt man zu folgendem Schluß: Auf Grund verschiedener Modellvorstellungen kommt die klassische Psychoanalyse (ALEXANDER) und die Neopsychoanalyse (von SCHULTZ-HENCKE ausgehend; SCHWIDDER und DÜHRSEN) zu verschiedenartigen Formulierungen desselben Tatbestandes. (SCHWIDDERs "anal-retentive Haltung" und ALEXANDERs "Regression eines ödipal fixierten Menschen auf prägenitale, oral-anale Fixierungen"). Dabei ist der gemeinsame Nenner beider die anale Form der Objektbeziehung, die im Test klar bestätigt wurde.

Bei den Kranken über 45 Jahre ergab sich das folgende abweichende Ergebnis: Die bei den übrigen Gruppen gefundenen Symptome einer retentiv-analen Haltung und die Zeichen für eine inzestuöse Mutterbindung fehlen. Die entsprechenden Testreaktionen sind sogar vermindert. Die statt dessen im Kontakttrieb auftretenden Veränderungen (Zeichen für Kontaktinkontinenz bei den Männern und Zeichen für Kontaktsperre, Einsamkeit und Autismus bei den Frauen) lassen zwei verschiedene Deutungen zu. Einmal kann hier ein Umschlag vom "Vordergänger" zum "Hintergänger" vorliegen: die ängstlich mißtrauische Suche nach Schutz und Annahme schlägt nach langer Enttäuschung in eine autistische Kontaktsperre, beziehungsweise in eine Kontaktinkontinenz um. Aus der zeitweiligen asthmatischen Reaktion scheint sich, sobald das Leiden chronisch wird, eine ständige Verhaltensweise zu entwickeln. Zum anderen kann es sich bei den Veränderungen um sekundäre somatogene Veränderungen handeln, die aus dem schweren körperlichen Leiden entstanden sind. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei den älteren Patienten immer eine gewisse anamnestiche Unsicherheit hinsichtlich der genauen Diagnose "Asthma bronchiale" bestehen bleibt, obwohl alle unklaren Fälle ausgeschlossen wurden. Schon aus diesem Grund scheint es zu gewagt zu sein, sich für eine der beiden Deutungsmöglichkeiten zu entscheiden.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden von 62 Asthmakranken (20 Kinder, 42 Erwachsene) jeweils 8 bis 10 Test-Profile angefertigt; insgesamt liegen 577 Einzelprofile vor. Durch die Untersuchung dieser Testergebnisse sollte versucht werden, die psychosomatischen Asthma-Theorien mit Hilfe eines objektiven Tests, wie ihn der Szondi-Test darstellt, zu verifizieren. Dabei konnte SCHWIDDERs und DÜHRSENs Theorie der Psychogenese des Asthma bronchiale weitgehend bestätigt werden: Die Kranken zeigen eine deutliche retentiv-anale Haltung. Auch die Auffassungen von ALEXANDER konnten verifiziert werden: Die Kranken zeigen eine inzestuöse Mutterbindung. Durch den Test wurde außerdem die Ansicht bestätigt, daß es sich bei beiden Auffassungen nur um verschiedenartige Formulierungen desselben Tatbestandes handelt, die auf Grund der unterschiedlichen Modellvorstellungen der klassischen Psychoanalyse und der Neopsychanalyse zustande kommen.

KASUISTISCHE BEISPIELE

Auf die Vervielfältigung des Testmaterials muß aus technischen Gründen verzichtet werden. Die einzelnen Testblätter können in der Medizinischen Poliklinik München eingesehen werden.

Für die freundliche Überlassung des Themas danke
ich Herrn Prof. Dr. med. W. Seitz.

Herrn Dr. med. H. Kilian danke ich für wertvolle
Hinweise und Hilfe.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ALEXANDER, F.: "Psychosomatische Medizin".
Berlin 1951, S.96 f.
2. ALPHEN, v.M.: "Triebstruktur und schielende Kinder"
in Szondi, L. Lehrbuch der exp. Triebdiagnostik,
I Bern 1960 S.403.
3. BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie,
Berlin 1960, S.398 f.

BLEULER, M.: Med. Klinik 47, 23, 1952.
4. BRÄUTIGAM, W.: "Asthma bronchiale und Allergie in leibseelischer
Bewegungsgestalt".
Zschr. f. Allergie und Asthma Band 2 1956 S.156 f.

BRÄUTIGAM, W.: "Atmung bei Asthma bronchiale". I
In Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie II.
Wien 1959 S.531 f.
5. DENES, M.: "Recherche sur l evolution du choix chez des enfants
normaux de trois a sept ans".
Arch. psychol. 1940 T. 28, 109.
6. DUNBAR, F.: "Emotions and Bodily Changes"
New York 1954, S.394 f.

DUNBAR, F.: "Deine Seele, Dein Körper"
Meisenheim 1951 S.174 f.
7. DÜHRSEN, A.: "Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugend-
lichen"
Göttingen 1954 S.259 f. 208 f.
8. FENICHEL, O.: "The Psychoanalytic Theory of Neurosis"
New York 1945, S.311 f.
9. GUNNARSSON, S.: Int. Arch. Allergy I 103 1950.
10. HANSEN, K.: "Allergie"
Stuttgart 1957 S.489, 499, 760 f.
11. HEINELT, G.: "Bildwahlverfahren"
in Handbuch der Psychologie 6.Band: Psychologische
Diagnostik.
Göttingen 1964 S.770 f.

12. HELWIG, G.: "Die Trieblehre und das Testverfahren von L. Szondi"
Psyche V 1951 S. 52 f.
13. JORES, A. und DROSTE, R.:
"Der Tod im Status Astmaticus"
Ärztliche Wochenschrift 8 1956 S. 39 f.
14. KELLNER, M.: "Psychische Faktoren bei Diabetes mellitus im Lichte
des Szondi-Testes"
Inaug. Diss. Univers. Poliklinik München.
15. KILIAN, H.: "Triebstruktur und Tuberkulose"
Inaug. Diss. aus der Univers. Poliklinik München 1953.
16. KNICK, B.: "Der psychogene Tod des Asthmatikers"
Zschr. d. ges. inneren Med. 9, 1954 S. 17.
17. KRETSCHMER, E.: "Hysterie, Reflex und Instinkt"
Stuttgart 1958 S. 1-16.
18. LASZLO, C.: "Die Homosexualität des Mannes im Szondi-Test"
Beiträge zur Sexualforschung 1956 8, S. 33.
19. LASZLO, C.: "Zum Begriff der Paroxysmalität bei Szondi"
Psyche VII, S. 380 f.
20. MEY, H. G.: Inaug. Diss. Braunschweig 1958.
21. MICHEL, L.: "Allgemeine Grundlagen Psychometrischer Tests"
In Handbuch der Psychologie 6, Band Göttingen 1964
S. 19 f.
22. MITSCHERLICH, A.:
"Bemerkungen zum klinisch-ärztlichem Allergieproblem"
Hippokrates 21, 1950 S. 15.
23. MOSER, U.: "Validierung, Blinddiagnosen und die Problematik des
Krankheitsbegriffes im Szondi-Test"
Szondiana II Bern 1955 S. 35 f.
24. PETZ, G.: "Triebstrukturanalyse bei Lungenkranken"
Szondiana I Bern 1953 S. 134 f.
25. RAUHALA, L.: "Über die Validität von Szondis Syndromatik der
Schizophrenie"
Schw. Zschr. Psychol. 17, 174.

26. SCHMENGLER, F.E.:
"Asthma Bronchiale"
Stuttgart 1959.
27. SCHWIDDER, W.: "Zur Psychogenese funktioneller und anatomischer Organkrankheiten"
Aus Analytischer Psychotherapie und Erziehungshilfe.
Kongressbericht, Berlin 1951 S. 54 f.
28. SCHWIDDER, W.: "Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung"
Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen 1962, 5 S. 12.
29. SCHWÖBEL, G.: "Die Gesamtabwehrhaltung des allergiekranken Menschen"
Zschr. f. Allergie u. Sthma Band 3 1957 S. 177 f.
SCHWÖBEL, G.: Ärztl. Forsch. 3, 1949, S. 475.
30. SOTO YARRITU: Nach MOSER (Nr. 23) S. 39.
31. STUDER-SALZMANN:
"Schicksalpsychologie und Glaukom"
Szondiana II Bern 1955 S. 129 f.
32. SZONDI, L.: Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik I u. III
Bern 1960.
SZONDI, L.: Allgemeine Triebpathologie,
Bern 1956.
33. THIEMANN, E.: "Die Bedeutung der psychischen Faktoren beim Asthma Bronchiale"
Stuttgart 1958 S. 1, 7, 50.
34. TROUSSEAU: Nach HANSEN (Nr. 10) S. 489.
35. VÖLKE, H.: "Psychische Faktoren bei der Erkrankung der Atmungsorgane"
Zschr. f. Psycho-Somatische Med. 1956, 2, S. 81 f.
36. WEGMANN, Th.: "Psychische Faktoren bei primär chronischer Polyarthritidis rheumatica im Lichte einer triebexperimentellen Reihenuntersuchung mit dem Szondi-Test"
Inaug. Diss. Univers. Poliklinik München 1962.
37. WYRSCH, J.: Psychiatrie der Gegenwart.
Heidelberg 1960 S. 7.

LEBENS LAUF

Ich, Ulrich Rüger, wurde am 5. April 1941 in Dortmund als Sohn des Arztes Dr. med. Paul Rüger geboren. Mein Vater verstarb 1944. Nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums in Moers, an dem ich 1960 die Reifeprüfung ablegte, begann ich im Sommersemester 1960 das Studium der Medizin an der Universität Münster. Im Sommer 1962 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und studierte seit dem Winter 1962 an der Universität München, wo ich am 24. Juni 1966 das medizinische Staatsexamen bestand.

